

# **Solicitud de cotización (RFQ) para bienes y servicios**

## **Suministro de Equipamiento médico-hospitalario complementario y servicios conexos, para las Unidades Modulares de Zona 11 y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en respuesta a la emergencia del COVID-19**

Núm. de referencia de la solicitud de cotización:  
RFQ-EPP-42-2021

Versión: v2021

## Carta de invitación

Estimado/a Sr. / Sra.:

**Asunto: Solicitud de cotizaciones para el Suministro de equipamiento médico-hospitalario complementario y servicios conexos, para las Unidades Modulares de Zona 11 y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en respuesta a la emergencia del COVID-19 – Núm. de la solicitud de cotización: RFQ-EPP-42-2021.**

La Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) tiene el agrado de invitar a los posibles licitantes a presentar una cotización de conformidad con las Condiciones Generales de Contrato de UNOPS y con la lista de requisitos y procesos que figuran en esta Solicitud de cotizaciones (RFQ).

La presente solicitud de cotización consta de los elementos siguientes:

- La presente Carta de invitación
- Sección I: Detalles de la licitación
- Sección II: Instrucciones para los licitantes
- Sección III: Lista de requerimientos
- Sección IV: Anexos de la cotización
  - o Anexo A: Formulario de presentación de cotización
  - o Anexo B: Formulario de oferta de precios
  - o Anexo C: Formulario de oferta técnica
  - o Anexo D: Formulario de experiencia previa

Si está interesado en presentar una cotización en respuesta a esta solicitud de cotización, prepare su cotización de conformidad con los requisitos y procedimientos que figuran en esta solicitud de cotización y preséntela a UNOPS antes de la fecha límite para la presentación de cotizaciones establecida en la Sección I: Detalles de la licitación.

Esperamos recibir con interés su cotización.

**Aprobado por:**

---

Nombre: Esaú Beltrán Marcos  
Puesto: Gerente de Portafolio  
Fecha: 28 de julio de 2021

## Sección I: Detalles de la licitación

Alcance de la cotización	<p>La presente solicitud de cotización consta del Suministro de equipamiento médico-hospitalario complementario y servicios conexos, para las Unidades Modulares de Zona 11 y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en respuesta a la emergencia del COVID-19, tal y como queda descrito más detalladamente en la Sección III: Lista de requerimientos.</p> <p>La presente solicitud de cotización incluye 22 Lotes.</p> <p>UNOPS tiene la intención de establecer Acuerdo(s) a largo plazo (LTAs) no exclusivo(s) con el licitante o los licitantes seleccionados, para el suministro y servicios conexos de una cantidad indeterminada de <b>Equipamiento médico-hospitalario</b> especificado con el fin de apoyar las operaciones de UNOPS, bajo las siguientes condiciones:</p> <p>Cantidad: Múltiples LTAs evaluados como técnicamente conformes, de precios razonables y con tiempos aceptables de entrega e instalación. Tipo: Sin licitación secundaria;</p> <p>UNOPS no tendrá la obligación de adquirir una cantidad mínima de bienes al Contratista durante el período del LTA.</p>
Datos de contacto para correspondencia, notificaciones y solicitudes de aclaración	<p>Toda correspondencia, notificación y solicitud de aclaración relacionadas con la presente solicitud de cotización deben ser dirigidas al correo electrónico:</p> <p style="text-align: center;"><a href="mailto:adquisiciones.gt@unops.org">adquisiciones.gt@unops.org</a></p> <p style="text-align: center;">Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos <b>Área de Adquisiciones</b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>Para facilitar la recepción de las solicitudes de aclaración los licitantes deberán usar el siguiente formulario en línea:</u></b></p> <p style="text-align: center;"><a href="#">Formulario de Solicitudes de Aclaración</a></p> <p style="text-align: center;"><b><u>ATENCIÓN: Las cotizaciones no deberán enviarse a esta dirección, sino a la dirección para la presentación de cotizaciones que figura a continuación.</u></b></p>
Elegibilidad del licitante	<p>Podrán presentar ofertas los licitantes de cualquier nacionalidad que cumplan con los requerimientos que se establecen en estos pliegos para suministrar los bienes y prestar los servicios que se describen en la Sección III Lista de Requerimientos.</p>
Aclaraciones	<p>Las solicitudes de aclaración de los licitantes se aceptarán hasta el martes 10 de agosto de 2021.</p> <p>Las respuestas a las solicitudes de aclaración se comunicarán de la siguiente manera:</p> <p>Se comunicarán por medio de correo electrónico, remitidos oficialmente del correo de <a href="mailto:adquisiciones.gt@unops.org">adquisiciones.gt@unops.org</a> a todos los licitantes que han remitido las consultas y presenten interés en participar de este evento de licitación identificadas por el número de Referencia RFQ-EPP-40-2021, así mismo estas aclaraciones serán publicadas en UNGM <a href="http://www.ungm.org">www.ungm.org</a>.</p>

Inspección previa del sitio	<p>Se recomienda a los oferentes, la visita de inspección previa del sitio donde se instalarán los bienes correspondientes a los siguientes lotes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.1. ESTERILIZADOR A BAJA TEMPERATURA POR PERÓXIDO DE HIDRÓGENO</li> <li>• 2.2. ESTERILIZADOR ELÉCTRICO DE MESA DE 50 LITROS (CON GABINETE DE SOPORTE)</li> <li>• 8.1. CORTINA ANTIBACTERIAL COMPLETA (EN "L")</li> <li>• 8.2. CORTINA ANTIBACTERIAL LATERAL</li> </ul> <p>De manera que puedan verificar las características de las áreas disponibles en aspectos tales como espacio disponible, accesos, suministros, entre otros y basarse en esto para presentar su oferta.</p> <p>La visita previa a la presentación de cotizaciones se llevará a cabo en las instalaciones de la Obra del Sistema modular de asistencia sanitaria emergencia por COVID-19 de la Zona 11, el 09 de agosto de 2021 desde las 10:00 horas (hora local de Guatemala).</p> <p>La dirección de dicha Obra es 8a. calle "A", frente a Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala (UNICAR), Zona 11, Ciudad de Guatemala, Guatemala.</p> <p>La asistencia a la visita técnica se limitará a un (1) representante por cada Oferente.</p>
Período de validez de la cotización	Las cotizaciones deberán permanecer válidas para su aceptación por UNOPS durante 60 días, computados a partir de la fecha límite para la presentación de cotizaciones.
Divisa(s) de la cotización	Los precios deberán indicarse en Quetzales (GTQ).
Impuestos y aranceles	<p>Todas las cotizaciones se indicarán netas de todo impuesto directo, deberán estar excluidos del Impuesto al Valor Agregado (IVA) que corresponde al 12%.</p> <p>Se informa que la UNOPS es una entidad exenta de impuestos por lo que se les reconocerá el valor del IVA mediante una nota oficial de exención del impuesto Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto Número 17-2000 del 29/03/2000.</p>
Idioma de las cotizaciones	Todas las cotizaciones, información, documentos y correspondencia entre UNOPS y los licitantes en relación con este proceso de licitación deberán estar en idioma español, los manuales, instructivos de operación y uso deberán estar en idioma español o con su respectiva traducción simple.
Fecha límite para la presentación de cotizaciones	Todas las cotizaciones deberán ser presentadas antes del 19 de agosto de 2021, hasta las 24:00 horas (hora de Guatemala).
Presentación de cotizaciones	<p>Las cotizaciones deberán presentarse de la manera siguiente:</p> <p>Se estarán presentando por medio del siguiente formulario de Google:</p> <p><a href="#">Formulario de Presentación de Ofertas</a></p>

Metodología y criterios de evaluación	<p>Las cotizaciones se evaluarán para determinar <u>la oferta evaluada más baja, técnicamente conforme</u>.</p> <p>La evaluación se realizará de la manera siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Evaluación preliminar.</b> Se examinará que el licitante cumpla con los siguientes criterios formales y de elegibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El licitante es elegible según lo establecido en el artículo 3 de las Instrucciones para licitantes</li> <li>• Integridad de la cotización. El licitante ha proporcionado todos los anexos de la cotización y demás documentos exigidos, y cada documento presentado está completo</li> <li>• El licitante acepta las Condiciones Generales de Contrato de UNOPS</li> </ul> </li> <li><b>2. Las calificaciones del licitante</b> se evaluarán en base a los siguientes criterios de calificación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El licitante debe haber estado en el sector del suministro de bienes y servicios similares a los especificados, de manera continua, durante los últimos 2 años.</li> </ul> </li> <li><b>3. Conformidad técnica de los bienes/servicios ofrecidos.</b> Con el fin de comprobar que los bienes/servicios ofrecidos por el licitante son conformes con respecto a los requerimientos de UNOPS, se examinarán las cotizaciones en base a los siguientes criterios técnicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los bienes/servicios ofrecidos en la cotización son conformes con respecto a los requerimientos establecidos en la Sección III: Lista de requerimientos</li> <li>• Anexo C - Formulario de especificaciones técnicas por lote</li> </ul> </li> <li><b>4. Evaluación financiera.</b> Las cotizaciones declaradas conformes en la evaluación técnica serán sometidas a una nueva evaluación basada en el precio. UNOPS adjudicará el contrato según la metodología de evaluación de "oferta evaluada más baja, técnicamente conforme".</li> </ol> <p>UNOPS podrá solicitar a los licitantes, por escrito, que proporcionen aclaraciones o información adicional en cualquier momento durante el proceso de evaluación. Las respuestas proporcionadas por el licitante no deberán contener modificación alguna en cuanto al contenido de la cotización, incluidas las partes relativas a las ofertas técnicas y financieras. UNOPS podrá usar dicha información en su interpretación y evaluación de la cotización en cuestión.</p>
Cotizaciones parciales	Se permitirá a los licitantes que presenten cotizaciones de precios para uno o varios de los lotes identificados en la Sección III: Lista de requerimientos. Sin embargo, los licitantes deberán ofrecer el 100% de los productos especificados para cada lote y el 100% de las cantidades especificadas para cada producto de un lote. Se evaluará cada lote individualmente.
Ofertas alternativas	No se permitirán ofertas alternativas.

Contenido de las cotizaciones	<p>Los licitantes deberán incluir los siguientes documentos en su cotización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anexo A: Formulario de presentación de cotización</li> <li>• Anexo B: Formulario de oferta de precios</li> <li>• Anexo C: Formulario de oferta técnica</li> <li>• Anexo D: Formulario de experiencia previa</li> <li>• Documentación técnica establecida en la Sección III: Lista de requerimientos: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anexo E: Formulario de autorización del fabricante o Contrato de representación o exclusividad.</li> <li>b. Certificados tales como la norma de referencia respecto al sistema de gestión de la calidad aplicable a dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001) y/o sistema de gestión ambiental (ISO 14001) y/o requisitos y pruebas para esterilizadores de vapor grandes (EN 285) y/o estándares para mobiliarios de oficina (ANSI/BIFMA).</li> <li>c. Reconocimiento documentado donde se indique que los bienes ofertados cumplen con los requisitos esenciales establecidos en la Directiva Europea de Dispositivos Médicos 93/42/CEE y/o Certificado FDA para comercialización en Estados Unidos.</li> <li>d. Certificado de conformidad eléctrica, según IEC 60601-1</li> <li>e. Catálogo oficial generado por el fabricante de los bienes, Hojas de datos técnicos oficial generada por el fabricante de los bienes, Manual de usuario, instrucciones de uso (IFU) del equipo ofertado y Dirección de sitio web del fabricante de los bienes.</li> <li>f. Certificado de Libre Venta (FSC) o Certificado para exportación de dispositivo médico.</li> <li>g. Documento que indique las condiciones de garantía previstas.</li> <li>h. Documento en el cual se indique si tiene capacidad para suministrar los bienes en otros países.</li> </ul> </li> </ul>
Tipo de contrato por adjudicar	UNOPS firmará el siguiente contrato con el o los licitante(s) seleccionado(s): Acuerdos a Largo Plazo.
Condiciones Generales de Contrato	<p>En caso de adjudicación, se aplicarán las siguientes condiciones de contrato:</p> <p>Las Condiciones Generales de Contratación para el suministro de bienes y la prestación de servicios.</p> <p>Puede consultar estas condiciones en este enlace:</p> <p><a href="https://www.unops.org/es/business-opportunities/how-we-procure">https://www.unops.org/es/business-opportunities/how-we-procure</a></p>
Firma del contrato	UNOPS prevé adjudicar el contrato antes del 10 de septiembre de 2021.
Inscripción en UNGM	Todo contrato que se emita como resultado de este proceso de licitación estará sujeto al registro del proveedor seleccionado en el sitio web del Portal mundial

	<p>para los proveedores de las Naciones Unidas (UNGM). Los proveedores pueden registrar su empresa en el sitio web: <a href="http://www.ungm.org">www.ungm.org</a>.</p> <p>Los licitantes no registrados en UNGM tendrán igualmente derecho a presentar una cotización. No obstante, si el licitante resulta seleccionado para adjudicación, deberá inscribirse en UNGM antes de la firma del contrato.</p>
--	---

## Sección II: Instrucciones para los licitantes

### 1. ALCANCE DE LA COTIZACIÓN

---

Se invita a los licitantes a presentar una cotización para los bienes y/o servicios indicados en la Sección III: Lista de requerimientos, de conformidad con la presente solicitud de cotización.

### 2. INTERPRETACIÓN DE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN

---

La presente solicitud de cotización es una invitación a concursar y no debe entenderse como una oferta en condiciones de ser aceptada ni como el establecimiento de derechos contractuales, jurídicos o de restitución.

Esta solicitud de cotización es conducida conforme a las disposiciones aplicables del Manual de Adquisiciones de UNOPS (cuya última versión puede ser consultada en el siguiente enlace: <https://www.unops.org/es/business-opportunities/how-we-procure>) y de las Directivas Organizacionales e Instrucciones Operacionales pertinentes mencionadas en el Manual de Adquisiciones. En caso de discrepancia entre la presente solicitud de cotización y el Manual de Adquisiciones de UNOPS, prevalecerá este último.

### 3. ELEGIBILIDAD DEL LICITANTE

---

El licitante podrá ser una persona jurídica privada, pública o de propiedad gubernamental, o cualquier asociación que tenga la capacidad jurídica de firmar un contrato vinculante con UNOPS.

El licitante y todas las partes que lo integran podrán tener la nacionalidad de cualquier país, con excepción de las nacionalidades enumeradas en la **Sección I: Detalles de la licitación** (si corresponde). Se considerará que un licitante tiene la nacionalidad de un país si es ciudadano de ese país o si es una entidad constituida, incorporada o registrada en ese país y si opera de conformidad con sus disposiciones legales nacionales.

Un licitante no podrá tener un conflicto de intereses. Se considerará que un licitante tiene un conflicto de intereses si:

- El licitante (incluidos los miembros de su personal) tiene una estrecha relación de negocios o familiar con un personal de la UNOPS o con un miembro del personal del socio que contrató a UNOPS y que: (i) esté directa o indirectamente involucrado en la preparación de los documentos de licitación o especificaciones, y / o en el proceso de evaluación de ofertas de dicha licitación; o ii) participaría en la ejecución o supervisión de dicho contrato;
- El licitante está asociado, o ha estado asociado en el pasado, directa o indirectamente, con una empresa o cualquiera de sus afiliadas que haya sido contratada por UNOPS para proporcionar servicios de consultoría para la preparación del diseño, especificaciones y otros documentos a ser utilizados para la adquisición de los bienes, servicios o obras requeridos en el presente proceso de licitación;
- El licitante tiene interés en otros licitantes, para la misma actividad de adquisiciones, incluido cuando tienen una propiedad y / o administración común. El licitante no podrá presentar más de una oferta, excepto para ofertas alternativas, si fuera permitido. Esto resultará en la descalificación de todas las ofertas en las que el licitante está involucrado. Esto incluye situaciones en las que una empresa es el licitante en una oferta y un subcontratista en otra; sin embargo, esto no limita la inclusión de una empresa como subcontratista en más de una oferta. En el caso de procesos de adquisición con lotes, esta disposición se aplicará lote por lote;
- El licitante no cumple con ninguna otra situación de conflicto de intereses relevante para el proceso de adquisición específico tal como se especifica en el documento de licitación.



Los licitantes deben revelar cualquier conflicto de interés real o potencial en el Formulario de Presentación de la Cotización y serán considerados inelegibles para este proceso de adquisición a menos que el conflicto de intereses sea resuelto de una manera aceptable para UNOPS. La falta de revelación de cualquier conflicto de interés real o potencial puede llevar al licitante a ser sancionado de acuerdo con la [política de UNOPS sobre sanciones a proveedores](#).

El licitante no estará en condiciones de presentar una cotización si, en el momento de presentar la cotización:

- figura en la Lista de licitantes no elegibles publicada por [UNGM](#), la cual compila información compartida por UNOPS ([Lista de licitantes no elegibles de UNOPS](#)) así como otras agencias, fondos o programas del sistema de las Naciones Unidas;
- figura en la [Lista consolidada de sanciones del Consejo de Seguridad de la Naciones Unidas](#), incluida la [lista de la Resolución 1267/1989 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas](#);
- figura en la [Lista de proveedores irresponsables del Banco Mundial](#) y/o la [Lista de empresas o individuos inhabilitados por el Banco Mundial](#).
- está incluido en cualquier otra Lista de Inelegibilidad de un socio de la UNOPS identificada en la **Sección I: Detalles de la licitación**.
- está actualmente suspendido para hacer negocios con la UNOPS y ha sido eliminado de la base de datos de proveedores por razones distintas a las prácticas prohibidas según se define en el Manual de Adquisiciones de UNOPS.

Se espera de todos los licitantes que se adhieran a los principios del [Código de Conducta para proveedores de las Naciones Unidas](#), puesto que este Código está basado en los valores fundamentales establecidos en la Carta de las Naciones Unidas. UNOPS también espera de todos sus proveedores que se adhieran a los principios del [Pacto Mundial de las Naciones Unidas](#).

#### **4. ACLARACIONES SOBRE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN**

---

Los licitantes podrán solicitar aclaraciones sobre la solicitud de cotización, presentando una solicitud por escrito a la persona de contacto indicada en la **Sección I: Detalles de la licitación**, dentro del plazo indicado en esa misma Sección. Toda explicación o interpretación proporcionada por un miembro del personal que no sea la persona de contacto designada no se considerará vinculante ni oficial.

#### **5. REMUNERACIÓN Y COSTOS RELACIONADOS CON LAS COTIZACIONES**

---

Los licitantes no tendrán derecho a remuneración ni indemnización alguna por la preparación y presentación de su cotización.

#### **6. DIVISA(S) DE LA COTIZACIÓN**

---

Los precios de la cotización deberán indicarse en la(s) divisa(s) que figuran en la **Sección I: Detalles de la licitación**. Si corresponde, UNOPS, a fines de comparación y evaluación, convertirá las cotizaciones a dólares estadounidenses (USD), según el tipo de cambio oficial de las Naciones Unidas vigente el día de la fecha límite de presentación de cotizaciones.

UNOPS se reserva el derecho de aceptar las cotizaciones indicadas en una divisa diferente de la(s) divisa(s) exigida(s) en la solicitud de cotización. UNOPS podrá aceptar cotizaciones indicadas en una divisa diferente de la establecida, si, durante la aclaración de cotizaciones, el licitante confirma por escrito que aceptará que el contrato use la divisa exigida en la solicitud de cotización y que, para la conversión, se aplicará el tipo de cambio oficial de las Naciones Unidas vigente el día de la fecha límite de presentación de cotizaciones, establecida en la **Sección I: Detalles de la licitación**. Independientemente de la divisa indicada en las cotizaciones recibidas, se emitirá el contrato y se efectuarán los pagos en la divisa exigida en la solicitud de cotización.

El licitante deberá ofrecer tarifas fijas. Toda cotización que presente tarifas ajustables será rechazada.

## **7. ARANCELES E IMPUESTOS**

---

El Artículo II, Sección 7 del Convenio sobre Privilegios e Inmunidades dispone, *inter alia*, que las Naciones Unidas, y por lo tanto UNOPS como órgano subsidiario, es una entidad exenta de toda contribución directa, excepto aquellas contribuciones que constituyan una remuneración por servicios públicos, y exenta de derechos de aduana, prohibiciones y restricciones respecto a los artículos que importen o exporten para su uso oficial. Todas las cotizaciones se indicarán netas de todo impuesto directo y de otros impuestos y aranceles, a menos que se indique otra cosa en la **Sección I: Detalles de la licitación**.

## **8. CONDICIONES DE PAGO**

---

UNOPS generalmente efectuará el pago dentro de un plazo de 30 días después de recibir los bienes/servicios y los documentos relativos al pago. Si el proveedor ha ofrecido descuentos por pronto pago, los periodos relacionados con estos descuentos se computarán a partir de la fecha en que UNOPS reciba los documentos relativos al pago. No se tomarán en cuenta los descuentos al realizar la evaluación financiera.

## **9. PUBLICACIÓN DE CONTRATOS ADJUDICADOS Y SOLICITUDES DE ACLARACIÓN**

---

UNOPS publicará en su sitio web (<https://data.unops.org>) y/o en el sitio web de UNGM (<https://www.ungm.org/Public/ContractAward/Index/ContractAwards>) la información relativa a la o las órdenes de compra o contratos adjudicados como resultado del presente llamado a licitación.

Los licitantes no seleccionados podrán solicitar por escrito una solicitud de aclaración a UNOPS para obtener explicaciones en cuanto a los motivos por los que sus ofertas no fueron seleccionadas. La solicitud de aclaración debe recibirse dentro de los 10 días calendario posteriores a la notificación por parte de UNOPS de los resultados de la licitación a los licitantes no seleccionados y es un requisito previo para que un licitante presente una protesta de licitación, de conformidad con el Artículo 12. UNOPS deberá responder con prontitud y por escrito a todo licitante no seleccionado que presente una solicitud de aclaración.

## **10. ÉTICA Y PRÁCTICAS CORRUPTAS**

---

UNOPS espera de todos los licitantes que actúen con arreglo a las más elevadas normas de ética durante la totalidad del proceso de licitación, así como durante el periodo de validez de todo contrato que podría adjudicárseles como resultado de este proceso. Por lo tanto, todos los licitantes deberán afirmar y garantizar que:

- (i) No han obtenido ni tratado de obtener de manera fraudulenta información confidencial relacionada con el proceso de licitación ni con cualquier contrato que podría adjudicárseles como resultado de este proceso;
- (ii) No tienen conflictos de intereses que les impedirían celebrar un contrato con UNOPS, y no tienen intereses vinculados con otros licitantes o partes que participan en este proceso de licitación o en el proyecto objeto de este proceso de licitación;
- (iii) No han participado ni intentado participar en prácticas prohibidas en relación con el proceso de licitación ni con el contrato que podría adjudicárseles como resultado de este proceso. A efectos de esta disposición, las prácticas prohibidas se definen en la política de UNOPS sobre sanciones a los proveedores e incluyen las que se indican a continuación: prácticas corruptas, prácticas fraudulentas, prácticas coercitivas, prácticas colusivas, prácticas poco éticas y obstrucción.

## **11. AUDITORÍA**

---

UNOPS podrá llevar a cabo una investigación sobre todo aspecto de la adjudicación de un contrato en cualquier momento del periodo contractual y por un periodo de tres (3) años después de la expiración o terminación anticipada del contrato. El proveedor deberá colaborar de manera plena y puntual con estas inspecciones, auditorías posteriores a los pagos o investigaciones. En virtud de esta cooperación, el proveedor deberá, *inter alia*, facilitar a UNOPS el acceso, en momentos y condiciones razonables, a todo el personal y toda documentación pertinente, así como a sus instalaciones con el propósito de acceder a su personal y documentación. El proveedor exigirá de sus agentes, incluidos, *inter alia*, sus representantes legales, contables y otros asesores, que cooperen de forma razonable con toda inspección, auditoría posterior a los pagos o investigación realizada por UNOPS en virtud de la presente disposición.

## **12. PROTESTAS SOBRE LA LICITACIÓN**

---

Todo licitante que considere que ha sido tratado injustamente con respecto a este proceso de licitación podrá presentar una protesta ante el Director de Prácticas de Implementación y Estándares de UNOPS a través de la dirección de correo electrónico [bid.protest@unops.org](mailto:bid.protest@unops.org). Para que se reciba y evalúe sustancialmente una protesta sobre una licitación, el proveedor debe haber presentado una solicitud de aclaración a UNOPS de acuerdo al Artículo 9 y presentar la protesta dentro de los 10 días calendario posteriores a que UNOPS proporcione una respuesta a la solicitud de aclaración. En el improbable caso de que UNOPS no proporcione una respuesta a la solicitud de aclaración dentro de los 15 días calendario posteriores a la solicitud del proveedor en relación con el Artículo 9, el proveedor puede presentar una protesta dentro de los 10 días calendario posteriores a la expiración de dicho período de 15 días calendario. Puede encontrar más información sobre las protestas sobre una licitación en el Manual de adquisiciones de UNOPS.

## Sección III: Lista de requerimientos

### III.1. Listado de equipos requeridos

A continuación, se listan los bienes, las cantidades y los meses de garantía requeridos en el presente proceso. Las especificaciones técnicas de cada uno se incluyen en el apartado *Especificaciones técnicas por lote* del presente documento.

Tabla 1. Listado y conformación de lotes.

Grupo	Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada		Garantía en meses
			Escuintla	Zona 11	
<b>1. Equipo, dispositivo o accesorio de apoyo para diagnóstico y tratamiento</b>	1.1.	Esfigmomanómetro digital para paciente pediátrico	3	0	12
	1.2.	Estetoscopio convencional pediátrico	6	0	12
	1.3.	Laringoscopio para paciente pediátrico	2	0	12
	1.4.	Oto-oftalmoscopio de pared pediátrico	12	0	12
	1.5.	Set de diagnóstico para paciente pediátrico	1	0	12
<b>2. Equipo, dispositivo o accesorio para esterilización</b>	2.1.	Esterilizador a baja temperatura por peróxido de hidrógeno	0	1	24
	2.2.	Esterilizador eléctrico de mesa de 50 litros (con gabinete de soporte)	2	4	24
<b>3. Equipo, dispositivo o accesorio para imagenología médica diagnóstica</b>	3.1.	Colgador para bata plomada (Porta saco)	4	4	12
<b>4. Equipo, dispositivo o accesorio para monitoreo o diagnóstico médico especializado</b>	4.1.	Monitor fetal	1	0	24
	4.2.	Equipo integral para toma de signos vitales	1	1	24
<b>5. Equipo de ventilación y oxigenoterapia</b>	5.1.	Ventilador mecánico pediátrico-adulto	0	31	24
<b>6. Mobiliario clínico</b>	6.1.	Cama - camilla ginecoobstétrica	1	0	24

	6.2.	Cuna hospitalaria para cuidados intensivos	12	0	24
	6.3.	Cuna pediátrica	24	0	12
	6.4.	Silla de ruedas para paciente pediátrico	3	0	12
	6.5.	Mesa de acero inoxidable para unidosis	2	1	12
	6.6.	Carro de transporte para alimentación de acero inoxidable de 2 entropaños.	4	8	12
	6.7.	Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes)	2	0	12
<b>7. Mobiliario administrativo</b>	7.1.	Sillón para acompañante	24	0	12
	7.2.	Estante metálico de 4 entropaños, reforzado	24	24	12
<b>8. Accesorios de obra civil y arquitectura</b>	8.1.	Cortina antibacterial completa (en "L")	144	192	12
	8.2.	Cortina antibacterial lateral	16	16	12

## III.2. Documentación técnica a incluir en la cotización

A continuación, se indican los documentos que se requieren con la presentación de la cotización:

*Tabla 2. Documentación técnica relacionada a los bienes, a incluir en la oferta.*

Documento	Indicaciones	Grupo aplicable <sup>(1)</sup>
<b>Para equipo médico y mobiliario clínico:</b>		
<b>Autorización del fabricante</b>	<p>El licitante deberá demostrar que está autorizado por el fabricante para suministrar los bienes ofertados, mediante la presentación de al menos uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario de autorización del fabricante según formato proporcionado (Ver Anexo E: Formulario de autorización del fabricante), o;</li> <li>• Contrato de representación o exclusividad en Guatemala donde se describan claramente los bienes ofertados.</li> </ul>	Del 1 al 8

<p><b>ISO 13485</b></p> <p><b>ISO 9001</b></p> <p><b>EN 285</b></p> <p><b>ISO 14001</b></p> <p><b>ANSI/BIFMA</b></p>	<p>Con el objeto de garantizar la adquisición y provisión de bienes de calidad, cada licitante deberá incluir, certificados tales como la norma de referencia respecto al sistema de gestión de la calidad aplicable a dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001) y/o sistema de gestión ambiental (ISO 14001) y/o requisitos y pruebas para esterilizadores de vapor grandes (EN 285) y/o estándares para mobiliarios de oficina (ANSI/BIFMA), que minimicen riesgos en su adquisición, protejan al paciente y al usuario, mejoren la eficiencia y reduzcan los costos.</p> <p>Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por autoridades regulatorias, deben estar vigentes y deberán indicar al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El estándar de calidad,</li> <li>- El nombre del ente certificador,</li> <li>- Número del registro/certificado,</li> <li>- La fecha de emisión del certificado,</li> <li>- y la fecha de expiración del certificado.</li> </ul> <p>La presentación de las certificaciones será conforme a lo requerido para cada tipología de bien.</p> <p>Para el caso del Grupo 6 y 7, en los Lotes indicados, 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. Con lo anterior, la presentación de certificados del sistema de gestión de la calidad se considera opcional.</p>	<p>Del 1 al 8</p>
<p><b>Comunidad Europea</b></p> <p><b>FDA de Estados Unidos de Norte América (USA)</b></p>	<p>Reconocimiento documentado emitido por agencias independientes donde se indique que los bienes ofertados cumplen con los requisitos esenciales establecidos en la Directiva Europea de Dispositivos Médicos 93/42/CEE o Certificado FDA para comercialización en Estados Unidos, con ello coadyuvar a minimizar riesgos en la adquisición de los bienes, protejan al paciente y al usuario, mejoren la eficiencia y reduzcan los costos. Lo anterior, conforme a lo requerido para cada tipología de bien.</p> <p>El documento presentado debe estar vigente, con sus respectivos anexos donde figure el producto ofertado.</p>	<p>Del 1 al 6</p>
<p><b>IEC 60601-1.</b></p>	<p>Con el objeto de garantizar el cumplimiento de las condiciones de requisitos generales de seguridad básica y rendimiento esencial para equipo médico, se requiere que el Oferente presente Certificado de conformidad eléctrica, según IEC 60601-1.</p>	<p>Del 1 al 6</p>

	Lo anterior, conforme a lo requerido para cada tipología de bien.	
<b><i>Catálogos, hojas de datos técnicos, manual de usuario.</i></b>	<p>Con la oferta y para demostrar cumplimiento de todas y cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, cada Licitante deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catálogo oficial generado por el fabricante de los bienes.</li> <li>• Hojas de datos técnicos oficial generada por el fabricante de los bienes.</li> <li>• Manual de usuario, instrucciones de uso (IFU) del equipo ofertado.</li> <li>• Dirección de sitio web del fabricante de los bienes.</li> </ul> <p>Con ello, se permita al equipo de evaluación de ofertas, sustentar la calificación de cumplimiento. La documentación soporte incluida en la oferta, deberá estar preferentemente en idioma español, pero es aceptable en idioma inglés.</p> <p>Para el caso de los Grupo 6, 7 y 8, debido a la naturaleza del bien, se dispensa la no presentación del Manual de usuario o instrucciones de uso (IFU). El resto de requerimientos se mantiene.</p> <p>Para idiomas diferentes a los antes mencionados deberá adjuntarse una traducción simple al español o al inglés.</p>	Del 1 al 8
<b><i>Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico.</i></b>	<p>El fabricante de los bienes y su representante a cargo de la presentación de la cotización (licitante) deberá incluir en su oferta el Certificado de Libre Venta (FSC) o Certificado para exportación de dispositivo médico, que evidencie que los bienes ofertados se venden o distribuyen legalmente en el mercado abierto, libremente sin restricciones y aprobados por las autoridades reguladoras del país de origen.</p> <p>Lo anterior, conforme a lo requerido para cada tipología de bien.</p>	Del 1 al 8
<b><i>Cobertura de la garantía</i></b>	<p>El fabricante de los bienes y su representante a cargo de la presentación de la cotización (licitante) deberá incluir un documento que indique las condiciones de garantía previstas, detallando los términos y situaciones en los que se realizarán cambios en caso de que el bien no funcione como se describió o pretendió originalmente y/o presente algún defecto de fabricación. La garantía permanecerá en vigor durante el período de tiempo indicado, a partir de la fecha de recepción de los bienes por parte de la Unidad Médica.</p>	Del 1 al 8

	Deberá garantizar además que los bienes ofertados y por tanto a suministrar, serán nuevos en su totalidad al momento de la entrega, que no son ni serán un prototipo, que no han sido ni habrán sido comercializados anteriormente, que no han sido ni habrán sido utilizados en demostraciones.	
<b>Plazos de entrega</b>	El licitante deberá presentar el detalle de plazos de entrega de cada uno de los bienes ofertados en el Anexo B: Formulario de oferta de precios. El "Plazo de entrega" indica el período en <b>días calendario</b> , desde la fecha de recepción de una Orden de Compra por parte de UNOPS a la fecha de entrega de los bienes en los lugares indicados.	Del 1 al 8
<b>Disponibilidad de bienes</b>	Bajo la modalidad de INCOTERM FCA, el licitante debe presentar un documento en el cual se indique si tiene capacidad para suministrar los bienes en otros países.	Del 1 al 8

<sup>[1]</sup> Según lo establecido en Tabla 2.1 Documentación técnica específica relacionada a los bienes, a incluir en la oferta.

*Tabla 2.1 Documentación técnica específica relacionada a los bienes, a incluir en la oferta.*

Lote	Descripción	Autorización del fabricante	Estándares ( ISO 13485 / ISO 9001 /ISO 14001, EN 285, ANSI/BIFMA) <sup>[2]</sup>	Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico.	- Comunidad Europea - FDA de Estados Unidos de América (USA)	IEC-60601	Catálogos, hojas de datos técnicos, manual de usuario.
1.1.	Esfigmomanómetro digital para paciente pediátrico	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	Sí	Sí
1.2.	Estetoscopio convencional pediátrico	O	ISO 13485 ó ISO 9001	Sí	Sí (1/2)	N/A	Sí
1.3.	Laringoscopio para paciente pediátrico	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	Sí	Sí
1.4.	Oto-oftalmoscopio de pared pediátrico	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	Sí	Sí
1.5.	Set de diagnóstico para paciente pediátrico	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	Sí	Sí
2.1.	Esterilizador a baja temperatura por peróxido de	Sí	ISO 13485, ISO 9001 y/o EN 285, ISO 14001	Sí	Sí (1/2)	O	Sí



	hidrógeno						
2.2.	Esterilizador eléctrico de mesa de 50 litros (con gabinete de soporte)	Sí	ISO 13485, ISO 9001 y/o EN 285, ISO 14001	Sí	Sí (1/2)	O	Sí
3.1.	Colgador para bata plomada (Porta saco)	O	ISO 13485 ó ISO 9001	O	N/A	N/A	Sí
4.1.	Monitor fetal	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	Sí	Sí
4.2.	Equipo integral para toma de signos vitales	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	Sí	Sí
5.1.	Ventilador mecánico pediátrico-adulto	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (2/2)	Sí	Sí
6.1.	Cama - camilla ginecoobstétrica	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	N/A	Sí
6.2.	Cuna hospitalaria para cuidados intensivos	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	Sí	Sí
6.3.	Cuna pediátrica	Sí	ISO 13485	Sí	Sí (1/2)	N/A	Sí
6.4.	Silla de ruedas para paciente pediátrico	Sí	ISO 13485, ISO 9001	O	O	N/A	Sí
6.5.	Mesa de acero inoxidable para unidosis	Sí	ISO 13485 y/o ISO 9001 <sup>[3]</sup>	O	N/A	N/A	Sí
6.6.	Carro de transporte para alimentación de acero inoxidable de 2 entrepaños.	Sí	ISO 13485 y/o ISO 9001 <sup>[3]</sup>	O	N/A	N/A	Sí
6.7.	Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes)	Sí	ISO 13485 y/o ISO 9001 <sup>[3]</sup>	O	N/A	N/A	Sí
7.1.	Sillón para acompañante	Sí	ISO 9001 y ANSI/BIFMA	O	N/A	N/A	Sí
7.2.	Estante metálico de 4 entrepaños, reforzado	Sí	ISO 9001	O	N/A	N/A	Sí
8.1.	Cortina antibacterial completa (en "L")	Sí	ISO 9001	O	N/A	N/A	Sí
8.2.	Cortina antibacterial lateral	Sí	ISO 9001	O	N/A	N/A	Sí

<sup>[2]</sup> Cada uno de los parámetros de esta tabla están incluidos y definidos para cada equipo en las fichas de especificaciones técnicas

<sup>[3]</sup> 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. Con lo anterior, la presentación de certificados del sistema de gestión de la calidad se considera opcional.

### III.3. Servicios conexos y disponibilidad de repuestos

Con el objetivo de garantizar la inclusión de todos aquellos servicios previstos, se detalla el alcance mínimo para cada uno de ellos. Los servicios conexos engloban todos aquellos servicios relacionados al suministro de los bienes, que tienen como principal objetivo garantizar el suministro en condiciones óptimas.

Tabla 3. Detalle de servicios conexos y disponibilidad de repuestos a incluir en el suministro.

Servicio conexo y otros	Indicaciones	Grupo aplicable <sup>[4]</sup>
<b>Traslado y transporte de los equipos</b>	<p>Considerando que el licitante adjudicado será quien asuma la total responsabilidad del traslado de los bienes e incurrirá en todas las obligaciones durante el transporte y embarque de los mismos, se recomienda indicar con claridad las condiciones de entrega, indicando tiempos y lugares de entrega.</p> <p>En el caso de los equipos, se aclara que el Contratista será el único responsable del traslado de los bienes y equipos hasta su lugar de instalación dentro de las áreas, servicios o ambientes indicados, por tanto, deberá proveer a su costo, personal, equipos, herramientas y cualquier otro requerimiento para realizar dicho traslado.</p>	Del 1 al 8
<b>Pruebas de aceptación de equipos</b>	<p>A pesar de haber presentado documentación de la Inspección en fábrica, al momento de la entrega de los bienes, se desarrollarán pruebas de aceptación, en las cuales se incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección del embalaje.</li> <li>• Conformidad con los accesorios y consumibles.</li> <li>• Verificación que el bien está completo y sin daños.</li> <li>• Verificación del etiquetado para asegurarse de que esté en el idioma correcto y cumpla con las expectativas.</li> <li>• Verificar clasificaciones de seguridad eléctrica en las etiquetas.</li> <li>• Verificar conexión a la red eléctrica.</li> <li>• Verificar los voltajes nominales requeridos para la fuente de alimentación.</li> <li>• Desarrollo y registro de pruebas funcionales mediante equipos especializados.</li> </ul> <p>Los insumos, accesorios y consumibles necesarios para las pruebas de aceptación, serán provistos y corren a cuenta del Proveedor.</p>	Del 1 al 8

<p><b>Capacitación</b></p>	<p>Considerando que el Contratista es representante de la tecnología específica adquirida, serán ellos quienes certifiquen que tanto el personal usuario asistencial cumple con los requerimientos mínimos necesarios para garantizar el uso, manejo óptimo y seguro del equipo/mobiliario; como que el personal técnico en las Unidades Médicas que recibirán equipos en propiedad, cumple con los requerimientos mínimos necesarios para garantizar el mantenimiento básico al equipo/mobiliario en las Unidades Médicas donde se instalen. Conforme a lo anterior, el equipo deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar la capacitación inicial del equipo/mobiliario y sus accesorios, del uso correcto e interpretación de resultados, limpieza, mantenimiento y todas las indicaciones que sean necesarias para el correcto manejo y operación del mismo.</li> <li>• El programa de capacitación estará dirigido al personal médico usuario del equipo, así como al personal del área de Ingeniería Biomédica en los horarios establecidos por la Institución.</li> <li>• Las capacitaciones serán atendidas por no menos de diez (10) personas por cada Unidad Médica.</li> <li>• Incluir los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Identificación de partes o componentes del equipo/mobiliario.</li> <li>o Principio de operación.</li> <li>o Modos de funcionamiento.</li> <li>o Ajuste de parámetros.</li> <li>o Ajuste de alarmas.</li> <li>o Calibraciones o verificación por el usuario</li> <li>o Rutinas de auto chequeo</li> <li>o Problemas frecuentes o más comunes y manera de resolverlos.</li> <li>o Aplicaciones clínicas</li> </ul> </li> <li>• Desarrollar las capacitaciones requeridas, en cada una de las Unidades Médicas en las que se entreguen los equipos.</li> <li>• Desarrollar las capacitaciones en idioma español.</li> <li>• Entregar a cada participante de las capacitaciones la respectiva certificación, en el cual se establezca el cumplimiento con los requerimientos mínimos necesarios.</li> <li>• Brindar a petición directa de la Unidad Médica y durante el período de garantía, un programa de refuerzo de la capacitación tanto para personal usuario asistencial como para personal de mantenimiento.</li> </ul>	<p>Del 1 al 6</p>
----------------------------	---	-------------------

<b>Mantenimiento preventivo durante el período de garantía.</b>	<p>El mantenimiento del equipo/mobiliario implica todas las actividades relacionadas con proporcionar un nivel de servicio adecuado y limitar el tiempo de inactividad del equipo/mobiliario en cada Unidad Médica, por tal motivo, durante el período de garantía el Contratista desarrollará el mantenimiento del equipo/mobiliario teniendo en consideración los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Contratista debe indicar quién fungirá como responsable de la administración, control y monitoreo de los procedimientos establecidos para el mantenimiento y garantía de los equipos/mobiliarios.</li> <li>• El Contratista debe incluir la atención de llamadas de emergencia las 24 horas del día, los 365 días del año durante el período de vigencia de la garantía.</li> <li>• El Contratista deberá elaborar y entregar el Programa anual de mantenimiento preventivo y el Detalle de rutinas de mantenimiento preventivo según lo especificado por el fabricante, que ejecutará dentro del período de vigencia de la garantía.</li> <li>• El Contratista deberá incluir la ejecución del mantenimiento preventivo y calibraciones de los equipos/mobiliarios durante el período de garantía de los mismos, conforme a las rutinas recomendadas por el fabricante, debiendo asumir los costos de los materiales y repuestos requeridos en el marco del programa de mantenimiento preventivo.</li> <li>• El Contratista deberá conformar una ficha de vida para cada uno de los equipos, en los que se registren las características técnicas de los mismos, se incluyan todas las acciones realizadas, fallas detectadas si las hubiere, propuestas de soluciones, reemplazos de elementos y otras recomendaciones.</li> <li>• El Contratista deberá adherir al equipo/mobiliario una etiqueta donde se haga constar fecha, hora y nombre de la persona que realizó el último mantenimiento preventivo durante el período de garantía.</li> <li>• El Contratista deberá asumir los costos derivados de fallas que presenten los equipos/mobiliarios por no haber sustituido oportunamente los repuestos indicados por el fabricante en sus manuales y en el programa de mantenimiento.</li> </ul>	<p>Del 1 al 6</p>
<b>Compromiso de disponibilidad de repuestos</b>	<p>El licitante adjudicado se compromete a garantizar la disponibilidad y viabilizar el suministro a nivel local de repuestos, accesorios, consumibles originales, por el período de garantía de los equipos/mobiliarios.</p>	<p>Del 1 al 8</p>

<sup>[4]</sup> Para los lotes y sus ítems que se indican en la Tabla 4. *Servicios conexos requeridos por equipo.*

A continuación, indica por lote los servicios conexos requeridos por cada lote:

*Tabla 4. Servicios conexos requeridos por equipo.*

Item	Descripción	Traslado y transporte	Pruebas de aceptación	Mantenimiento preventivo en período de garantía (Frecuencia mínima requerida)	Disponibilidad de repuestos (años)	Capacitación del personal usuario (horas)	Capacitación del personal técnico (horas)
1.1.	Esfigmomanómetro digital para paciente pediátrico	Sí	Sí	Anual	5	≥ 0.5	≥ 0.5
1.2.	Estetoscopio convencional pediátrico	Sí	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A
1.3.	Laringoscopio para paciente pediátrico	Sí	Sí	N/A	5	≥ 0.5	N/A
1.4.	Oto-oftalmoscopio de pared pediátrico	Sí	Sí	N/A	5	≥ 0.5	N/A
1.5.	Set de diagnóstico para paciente pediátrico	Sí	Sí	N/A	5	≥ 0.5	N/A
2.1.	Esterilizador a baja temperatura por peróxido de hidrógeno	Sí	Sí	Cuatrimstral	10	≥ 3	≥ 3
2.2.	Esterilizador eléctrico de mesa de 50 litros (con gabinete de soporte)	Sí	Sí	Semestral	5	≥ 2	≥ 2
3.1.	Colgador para bata plomada (Porta saco)	Sí	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A
4.1.	Monitor fetal	Sí	Sí	Semestral	5	≥ 2	≥ 2
4.2.	Equipo integral para toma de signos vitales	Sí	Sí	Trimestral	5	≥ 2	≥ 2
5.1.	Ventilador mecánico pediátrico-adulto	Sí	Sí	Semestral	5	≥ 8	≥ 8
6.1.	Cama - camilla ginecoobstétrica	Sí	Sí	Anual	5	≥ 1	≥ 1
6.2.	Cuna hospitalaria para cuidados intensivos	Sí	Sí	Anual	5	≥ 1	≥ 1

6.3.	Cuna pediátrica	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A
6.4.	Silla de ruedas para paciente pediátrico	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A
6.5.	Mesa de acero inoxidable para unidosis	Sí	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A
6.6.	Carro de transporte para alimentación de acero inoxidable de 2 entrepaños.	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A
6.7.	Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes)	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A
7.1.	Sillón para acompañante	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A
7.2.	Estante metálico de 4 entrepaños reforzado	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A
8.1.	Cortina antibacterial completa (en "L")	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A
8.2.	Cortina antibacterial lateral	Sí	Sí	N/A	3	N/A	N/A

Tabla 5. Detalle de sitios de entrega.

Grupo	Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
			Escuintla <sup>[5]</sup>	Zona 11 <sup>[6]</sup>
<b>1. Equipo, dispositivo o accesorio de apoyo para diagnóstico y tratamiento</b>	1.1.	Esfigmomanómetro digital para paciente pediátrico	3	0
	1.2.	Estetoscopio convencional pediátrico	6	0
	1.3.	Laringoscopio para paciente pediátrico	2	0
	1.4.	Oto-oftalmoscopio de pared pediátrico	12	0
	1.5.	Set de diagnóstico para paciente pediátrico	1	0
<b>2. Equipo, dispositivo o accesorio para esterilización</b>	2.1.	Esterilizador a baja temperatura por peróxido de hidrógeno	0	1
	2.2.	Esterilizador eléctrico de mesa de 50 litros (con gabinete de soporte)	2	4
<b>3. Equipo, dispositivo o accesorio para imagenología médica diagnóstica</b>	3.1.	Colgador para bata plomada (Porta saco)	4	4
<b>4. Equipo, dispositivo o</b>	4.1.	Monitor fetal	1	0

<b>accesorio para monitoreo o diagnóstico médico especializado</b>	4.2.	Equipo integral para toma de signos vitales	1	1
<b>5. Equipo de ventilación y oxigenoterapia</b>	5.1.	Ventilador mecánico pediátrico-adulto	0	31
<b>6. Mobiliario clínico</b>	6.1.	Cama - camilla ginecoobstétrica	1	0
	6.2.	Cuna hospitalaria para cuidados intensivos	12	0
	6.3.	Cuna pediátrica	24	0
	6.4.	Silla de ruedas para paciente pediátrico	3	0
	6.5.	Mesa de acero inoxidable para unidosis	2	1
	6.6.	Carro de transporte para alimentación de acero inoxidable de 2 entrepaños.	4	8
	6.7.	Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes)	2	0
<b>7. Mobiliario administrativo</b>	7.1.	Sillón para acompañante	24	0
	7.2.	Estante metálico de 4 entrepaños, reforzado	24	24
<b>8. Accesorios de obra civil y arquitectura</b>	8.1.	Cortina antibacterial completa (en "L")	144	192
	8.2.	Cortina antibacterial lateral	16	16

<sup>[5]</sup> Dirección de la Unidad Modular de Escuintla: Final Avenida Centro América 8-60 zona 3. Escuintla.

<sup>[6]</sup> Dirección de la Unidad Modular de Zona 11: 8a. calle "A" portón azul, frente UNICAR zona 11. Ciudad de Guatemala.

### III.4. Documentación técnica a proporcionar al momento de la entrega.

Tabla 6. Detalle de documentación relacionada al equipamiento a proporcionar al momento de la entrega en Unidades Médicas.

Documento	Indicaciones	Grupo aplicable <sup>[7]</sup>
<b>Documentación de soporte al mantenimiento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Manual de operación y uso.</b></li> <li>• <b>Programa anual de mantenimiento</b></li> </ul>	Con el objeto de fortalecer la labor de las instancias a cargo del mantenimiento de cada Unidad Médica, el Contratista deberá entregar la documentación técnica que sea referente para el uso de los equipos, la supervisión en el desarrollo de los procedimientos de mantenimiento y el desarrollo de las rutinas de mantenimiento por parte del personal técnico de cada Unidad Médica.	Del 1 al 6

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Certificados de garantía.</b></li> </ul>	<p>Deberá incluir adicionalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de servicio técnico y partes.</li> <li>Manual de instalación.</li> </ul> <p>Los Manuales deben entregarse tanto en formato físico como en formato digital, debiéndose entregar una copia por cada una de las unidades de equipo suministradas.</p> <p>Los Manuales técnicos incluidos en el suministro, podrán estar escritos en idioma español o inglés.</p>	
<b>Inspección en fábrica.</b>	El Contratista deberá entregar un documento que certifique el desarrollo de la inspección realizada en la etapa final del proceso de fabricación, en la cual se haya determinado si los productos completos cumplen los requisitos como producto conforme a su diseño.	Del 1 al 6
<b>Cobertura de la garantía.</b>	<p>El Contratista en forma conjunta con el fabricante del equipo deberá entregar un documento que indique las condiciones de garantía previstas, detallando los términos y situaciones en los que se realizarán reparaciones o cambios en caso de que el equipo no funcione como se describió o pretendió originalmente. La garantía permanecerá en vigor durante el período de tiempo indicado, a partir de la fecha de recepción.</p> <p>Adicionalmente a esto, como parte de la garantía deberán indicarse que los reportes de alerta, <i>recalls</i> y problemas que pudieran surgir posterior a la recepción del equipo y que estén referidos a aspectos tales como diseño, operación, actualización; serán suministrados todos los medios que corrijan sin costo alguno dichos inconvenientes, sin necesariamente haber sido requeridos por parte del propietario de los equipos (IGSS).</p>	Del 1 al 8
<b>Plan de mantenimiento</b>  <b>Rutina de mantenimiento preventivo.</b>	El Contratista deberá entregar un plan de mantenimiento que incluya todas las acciones de mantenimiento preventivo a realizar durante el período de garantía de los equipos. Cada una de estas acciones deberá estar estructurada y sistematizada en rutinas de mantenimiento preventivo, debiendo ser conforme a lo recomendado por el fabricante.	Del 1 al 6
<b>Atestados de personal.</b>	<p>El Contratista deberá entregar fotocopia legible simple de los atestados del personal técnico que estarán a cargo de las Capacitaciones y del Servicio Post-Venta, debiendo incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Títulos, Diplomas, Certificaciones o Constancias de la formación académica, profesional, vocacional de cada uno de los profesionales.</li> <li>Hoja de vida en la que se demuestre experiencia en el uso y manejo de los bienes, o en el servicio y mantenimiento de los mismos; según sea la naturaleza de sus actividades en la capacitación o servicio post-venta.</li> </ul>	Del 1 al 6



<b>Compromiso de disponibilidad de repuestos.</b>	El licitante deberá comprometerse a garantizar la disponibilidad y viabilizar el suministro a nivel local de repuestos, accesorios, consumibles originales, por un período no menor a cinco (5) años, contados a partir de la fecha de recepción de los equipos.	Del 1 al 8
---	--	------------

<sup>[7]</sup> Para los ítems que se indican en la Tabla 6.1 . *Detalle de documentación relacionada al equipamiento a proporcionar al momento de la entrega en Unidades Modulares específica para cada ítem y Tabla 6.2. Detalle de documentación relacionada al equipamiento a proporcionar al momento de la entrega en Unidades Modulares específica para cada ítem.*

*Tabla 6.1. Detalle de documentación relacionada al equipamiento a proporcionar al momento de la entrega en Unidades Modulares específica para cada ítem.*

Lote	Descripción	Manual de operación y uso	Manual de servicio técnico y partes	Manual de instalación	Inspección de fábrica	Cobertura de la garantía
1.1.	Esfigmomanómetro digital para paciente pediátrico	Sí	N/A	N/A	Sí	Sí
1.2.	Estetoscopio convencional pediátrico	O	N/A	N/A	N/A	Sí
1.3.	Laringoscopio para paciente pediátrico	O	N/A	N/A	N/A	Sí
1.4.	Oto-oftalmoscopio de pared pediátrico	Sí	N/A	N/A	N/A	Sí
1.5.	Set de diagnóstico para paciente pediátrico	Sí	N/A	N/A	N/A	Sí
2.1.	Esterilizador a baja temperatura por peróxido de hidrógeno	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2.2.	Esterilizador eléctrico de mesa de 50 litros (con gabinete de soporte)	Sí	Sí	N/A	Sí	Sí
3.1.	Colgador para bata plomada (Porta saco)	N/A	N/A	Sí	N/A	Sí
4.1.	Monitor fetal	Sí	Sí	N/A	Sí	Sí
4.2.	Equipo integral para toma de signos vitales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5.1.	Ventilador mecánico pediátrico-adulto	Sí	Sí	N/A	Sí	Sí
6.1.	Cama - camilla ginecoobstétrica	Sí	Sí	N/A	Sí	Sí

6.2.	Cuna hospitalaria para cuidados intensivos	Sí	Sí	N/A	Sí	Sí
6.3.	Cuna pediátrica	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí
6.4.	Silla de ruedas para paciente pediátrico	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí
6.5.	Mesa de acero inoxidable para unidosis	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí
6.6.	Carro de transporte para alimentación de acero inoxidable de 2 entrepañes.	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí
6.7.	Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes)	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí
7.1.	Sillón para acompañante	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí
7.2.	Estante metálico de 4 entrepañes reforzado	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí
8.1.	Cortina antibacterial completa (en "L")	N/A	N/A	Sí	N/A	Sí
8.2.	Cortina antibacterial lateral	N/A	N/A	Sí	N/A	Sí

*Tabla 6.2. Detalle de documentación relacionada al equipamiento a proporcionar al momento de la entrega en Unidades Modulares específica para cada ítem.*

Item	Descripción	Plan de mantenimiento	Rutina de mantenimiento	Atestados de personal	Compromiso de disponibilidad de repuestos
1.1.	Esfigmomanómetro digital para paciente pediátrico	Sí	Sí	N/A	Sí
1.2.	Estetoscopio convencional pediátrico	N/A	N/A	N/A	N/A
1.3.	Laringoscopio para paciente pediátrico	N/A	N/A	N/A	N/A
1.4.	Oto-oftalmoscopio de pared pediátrico	N/A	N/A	N/A	N/A
1.5.	Set de diagnóstico para paciente pediátrico	N/A	N/A	N/A	N/A
2.1.	Esterilizador a baja temperatura por peróxido de hidrógeno	Sí	Sí	Sí	Sí
2.2.	Esterilizador eléctrico de	Sí	Sí	Sí	Sí

	mesa de 50 litros (con gabinete de soporte)				
3.1.	Colgador para bata plomada (Porta saco)	N/A	N/A	N/A	N/A
4.1.	Monitor fetal	Sí	Sí	Sí	Sí
4.2.	Equipo integral para toma de signos vitales	Sí	Sí	Sí	Sí
5.1.	Ventilador mecánico pediátrico-adulto	Sí	Sí	Sí	Sí
6.1.	Cama - camilla ginecoobstétrica	Sí	Sí	Sí	Sí
6.2.	Cuna hospitalaria para cuidados intensivos	Sí	Sí	Sí	Sí
6.3.	Cuna pediátrica	N/A	N/A	N/A	Sí
6.4.	Silla de ruedas para paciente pediátrico	N/A	N/A	N/A	Sí
6.5.	Mesa de acero inoxidable para unidosis	N/A	N/A	N/A	N/A
6.6.	Carro de transporte para alimentación de acero inoxidable de 2 entrepaños.	N/A	N/A	N/A	Sí
6.7.	Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes)	N/A	N/A	N/A	Sí
7.1.	Sillón para acompañante	N/A	N/A	N/A	Sí
7.2.	Estante metálico de 4 entrepaños, reforzado	N/A	N/A	N/A	Sí
8.1.	Cortina antibacterial completa (en "L")	N/A	N/A	N/A	Sí
8.2.	Cortina antibacterial lateral	N/A	N/A	N/A	Sí

### III.5. Especificaciones técnicas por Lote

Para cada una de las fichas de especificaciones técnicas se requiere insertar la información de respaldo para cada característica solicitada.

#### GRUPO 1. EQUIPO, DISPOSITIVO O ACCESORIO DE APOYO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
1.1.	Esfigmomanómetro digital para paciente pediátrico	3	0
1.2.	Estetoscopio convencional pediátrico	6	0
1.3.	Laringoscopio para paciente pediátrico	2	0
1.4.	Oto-oftalmoscopio de pared pediátrico	12	0
1.5.	Set de diagnóstico para paciente pediátrico	1	0

## 1.1. ESFIGMOMANÓMETRO DIGITAL PARA PACIENTE PEDIÁTRICO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Monitor automático de presión arterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Pantalla LCD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Medición mediante oscilometría o auscultación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Con capacidad de guardar mediciones en memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Parámetros mostrados en pantalla <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Presión Sistólica</li> <li>b. Presión Diastólica</li> <li>c. Presión media</li> <li>d. Pulso</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Rangos de medición: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Presión Sistólica/Diastólica: 30 a 280 mmHg (rango aproximado)</li> <li>b. Pulso: 40 a 200 bmp (rango aproximado)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Resolución de medición 1 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Precisión de presión +/- 3 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Precisión en lectura de pulso +/- 5 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Alarmas: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pulso alto</li> <li>b. Pulso bajo</li> <li>c. Mensajes de error de sistema</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Eléctricas</b>				
11. Sistema de baterías recargables, con autonomía de no menos de 500 mediciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Sistema de carga de baterías interno e integrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

14. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
15. Equipo portátil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
18. Un (1) Juego de mangas para paciente pediátrico: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cuatro (4) mangas para paciente pediátrico grande (11 a 12 cm).</li> <li>b. Cuatro (4) mangas para paciente pediátrico estándar (9 - 10 cm).</li> <li>c. Cuatro (4) mangas para paciente pediátrico pequeño (6 a 8 cm).</li> </ul> De preferencia con motivos pediátricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
21. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Prueba de encendido, medición y funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
23. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

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.				
--	--	--	--	--

- ◆ 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.

## 1.2. ESTETOSCOPIO CONVENCIONAL PEDIÁTRICO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Estetoscopio biauricular para uso en paciente pediátrico/neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Con combinación de campana y diafragma liso para detectar una amplia gama de frecuencias de sonido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. De doble campana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Campana fabricada con bronce o latón cromado, acero inoxidable u otro material de calidad superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Con tubos auditivos de acero inoxidable, bronce o latón cromado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Con conector cónico para adaptarse al tubo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Anillo con rosca, membrana o diafragma fabricado de material de plástico y fibra de nylon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Construcción del tubo de una sola pieza libre de látex, de PVC, 45 a 69 cm. de longitud, como mínimo, debe tener la longitud tal que permita detectar frecuencias en neonatos en incubadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Ergonómico, diseñado para ajustarse al oído del usuario, olivas flexibles fabricadas de silicón o goma con rosca metálica, lavables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. De material resistente a los cambios de temperatura ambiental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Accesorios a incluir con cada unidad suministrada <sup>+</sup>				
11. Un (1)Juego de diafragma o membrana resistente al agua y solventes de limpieza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Un (1) Par de auriculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Dos (2) Juegos de olivas, uno (1) duro y uno (1) blando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
14. De preferencia el equipo debe estar decorado o contar con algún accesorio con motivos infantiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Inspecciones y pruebas mínimas				



15. Inspección de la integridad física de cada estetoscopio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
16. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
18. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.

### 1.3. LARINGOSCOPIO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Laringoscopio portátil, para aplicación en pacientes pediátricos pre-escolares y escolares, que cumpla con normativa ISO 7376.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Completo, con mango, estuche(s) y hojas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Mango: a. Con forro externo estriado provisto de baterías. b. Capacidad de acople para hojas de aplicación en pacientes pediátricos, tipo Miller (rectas) y Macintosh (curvas). c. Mangos con funcionamiento a base baterías recargables.	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Iluminación: a. LED b. Luz blanca, para una iluminación uniforme	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Estuche: a. Compacto. b. Fácil de limpiar. c. Compartimentos interiores para resguardo y mantener todos los componentes del laringoscopio en posición. d. Cierre de cremallera o sistema mejorado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Características Eléctricas				
6. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Sistema de carga de baterías preferiblemente interno e integrado, propio de la marca del fabricante del laringoscopio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Características Mecánicas				

9. Mangos en acero inoxidable, cromados o material metálico de características de resistencia mecánica y a la corrosión equivalentes o superiores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Hojas fabricadas en acero inoxidable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Hojas esterilizables en autoclave, acabado opaco, anti-reflejante. resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Ningún componente del laringoscopio deberá presentar bordes con filo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos.				
14. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar contruidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
15. Un (1) Juego de hojas curvas (Macintosh) compuesto por: a. Una (1) hoja No 1 b. Una (1) hoja No 2 c. Una (1) hoja No 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Un (1) Juego de hojas rectas (Miller) compuesto por: a. Una (1) hoja No 00 b. Una (1) hoja No 0 c. Una (1) hoja No 1 d. Una (1) hoja No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Un (1) Mango con capacidad de acople para hojas de aplicación en pacientes pediátricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
18. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al mango.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Un (1) Estuche para resguardo de los componentes del laringoscopio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
21. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Prueba de encendido, acople y funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
23. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala				
<p>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.</p>	□	□	[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.

#### 1.4. OTO-OFTALMOSCOPIO DE PARED PEDIÁTRICO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Set de diagnóstico para uso pediátrico, compuesto por equipos de oftalmología y otoscopia con transformador de pared para cabezales de 3.5 V, que incluya: a. Un cabezal de otoscopio de diagnóstico y sus espéculos auriculares b. Un cabezal de oftalmoscopio c. Dos mangos d. Un transformador de pared	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Otoscopio a. Otoscopio con fuente de luz de tecnología LED b. Lente gran angular. c. Con sistema para otoscopia neumática e iluminador de garganta d. Juego de 5 espéculos auriculares reutilizables para diagnóstico (entre 2.5 y 7 mm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Oftalmoscopio a. Con cabeza coaxial de 3.5 V b. Con fuente de luz LED y filtro azul de cobalto. c. Que incluya: i. Dispositivo graduable de enfoque ii. Macroview d. Sistema óptico coaxial con al menos 26 lentes con un rango de -25 a +40 dioptrías e. Que produzca una visualización de máculas sin sombras. f. Con detector de abrasiones corneales y cuerpos extraños. g. Selección de al menos tres aperturas: grande, pequeña y micropunto h. Filtro polarizado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

5. Base				
a. Base o transformador de pared metálico o de material resistente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
b. Con capacidad de alojar todos los componentes del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Características Eléctricas</b>				
6. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
8. Mangos con características de resistencia mecánica y a la corrosión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar contruidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Preferiblemente con motivos infantiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
12. Un (1) Juego de cien (100) espéculos auriculares descartables para diagnóstico, con abertura de 2.5 mm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Incluir instalación del equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
14. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Prueba de encendido, acople y funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
16. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
18. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

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.				
---	--	--	--	--

◆ 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.

### 1.5. SET DE DIAGNÓSTICO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Set de diagnóstico para paciente pediátrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Compuesto por: a. Un cabezal de oftalmoscopio. b. Un cabezal de otoscopio. c. Un juego de mangos independientes. d. Estuche.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Iluminación: a. LED. b. Luz blanca, para una iluminación uniforme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Cabezal de oftalmoscopio: a. Con dispositivo graduable de enfoque. b. Sistema óptico con al menos veintiséis (26) lentes con un rango de -25 a +40 dioptrías. c. Selección de al menos cinco (5) aperturas y filtro polarizado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Cabezal de otoscopio: a. Lente removible de al menos 2.5× de magnificación. b. Soporte metálico para espéculos. c. Eyector de espéculos incorporado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Mango: a. Con regulación continua de intensidad de iluminación. b. Con funcionamiento a base de baterías recargables. c. Con sistema de seguridad en la conexión, rápido y seguro. d. Adaptable a cabezal de oftalmoscopio y cabezal de otoscopio.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Estuche: a. Compacto. b. Fácil de limpiar. c. Compartimentos interiores para resguardo y mantener todos los componentes del set de diagnóstico en posición.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



d. Cierre de cremallera o sistema mejorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Características Eléctricas</b>				
8. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Sistema de carga de baterías preferiblemente interno e integrado, propio de la marca del fabricante del set de diagnóstico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
11. Mangos metálicos con características de resistencia mecánica y a la corrosión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar contruidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
14. Un (1) Juego de cien (100) espéculos auriculares descartables para diagnóstico, con abertura de 2.5 mm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al mango.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Un (1) Estuche para resguardo de los componentes del set de diagnóstico, propio de la marca del fabricante del set de diagnóstico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
18. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Prueba de encendido, acople y funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
20. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				

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.

**GRUPO 2. EQUIPO, DISPOSITIVO O ACCESORIO PARA ESTERILIZACIÓN.**

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
2.1.	Esterilizador a baja temperatura por peróxido de hidrógeno	0	1
2.2.	Esterilizador eléctrico de mesa de 50 litros (con gabinete de soporte)	2	4

## 2.1. ESTERILIZADOR A BAJA TEMPERATURA POR PERÓXIDO DE HIDRÓGENO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Equipo para esterilizar material que no resiste altas temperaturas, presión y humedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Equipo microprocesado que permita el control de autodiagnóstico y detección de fallas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Con cámara de esterilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Con sistema para la alimentación del peróxido de hidrógeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Pantalla de cristal líquido o similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Con panel de control digital o pantalla táctil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Interfaz en idioma español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Que controle/monitoree los siguientes parámetros: a. Presión b. Temperatura c. Humedad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Con al menos los siguientes ciclos: a. Ciclo corto b. Ciclo avanzado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Que permita visualizar: a. Ciclos de esterilización b. Mensajes de error	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Con sistema de impresión para registro de datos del proceso de esterilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Alarmas audibles y visibles de al menos lo siguiente:: a. Mal funcionamiento b. Cancelación de ciclo c. Detección de humedad d. Finalización de ciclo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Características Eléctricas				
13. Alimentación eléctrica: 208 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
14. Enchufe polarizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

<b>Características Mecánicas</b>				
15. Autosoportado en gabinete vertical (no sobre mesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Resistente y durable que permita limpieza típica hospitalaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Cámara de esterilización con las siguientes características: a. Capacidad de al menos 100 litros b. Estante superior e inferior, ajustable.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
18. Puerta: a. Automática b. Deslizamiento vertical c. Sistema de seguridad que impida la apertura de la puerta durante el periodo de esterilización.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
19. Dos (2) bandejas o charolas de acero inoxidable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Una (1) máquina selladora para bolsas plásticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
21. Una (1) incubadora para control biológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
22. Tres (3) rollos de papel para impresora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
23. Dispositivo (casete o ampolla) de peróxido de hidrógeno para treinta (30) ciclos de esterilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
24. Tres (3) rollos de papel y plástico de diferentes tamaños compatibles con la selladora suministrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
25. Diez (10) controles biológicos compatible con la incubadora suministrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
26. Cinco (5) cintas testigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimientos adicionales</b>				
27. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios y equipos adicionales que sean necesarios para el óptimo funcionamiento del equipo; así como incluir todos los trabajos de instalación necesarios para poner en funcionamiento el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Instalación</b>				
28. Circuito de alimentación eléctrica individual y con protección térmica, de acuerdo a recomendación del fabricante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				

29. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
30. Prueba de encendido y funcionamiento (calibración, verificación de controles y funciones del equipo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
31. Verificación de ciclo de esterilización completo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
32. Verificación de efectividad del ciclo de esterilización haciendo uso de indicadores biológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
33. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485); ISO 9001 y/o EN 285	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
34. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
35. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
36. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.

## 2.2. ESTERILIZADOR ELÉCTRICO DE MESA DE 50 LITROS (CON GABINETE DE SOPORTE)

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Equipo para esterilizar instrumental, material sólido líquido y plástico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Operación de forma manual o automática por medio de vapor auto generado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Controlado por microprocesador, con panel de control, selector de ciclos y sistema de autodiagnóstico para detección de fallas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Capacidad de la cámara de 50 litros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Rango de presión de 0 a 30 PSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Llenado de cámara por gravedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Capacidad del tanque reservorio de 4 – 5 litros aproximadamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Controles de ciclo de esterilización automáticos o semi automáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Programas pre-establecidos para: a. Vidrio, b. Instrumental suelto, c. Plástico, d. Material poroso, e. Líquidos, f. Ciclo isotérmico o de baja temperatura.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Control de temperatura en un rango de 121 a 134°C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Control de llenado de agua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Control de tiempo de esterilización ajustable de 1-60 (4 a 30 minutos + tiempo de secado) minutos y ciclos estándar pre-programados que incluyan secado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Luces indicadoras de encendidos y procesos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

14. Alarmas visuales y audibles de: a. Puerta mal cerrada, b. Falla de temperatura de operación del ciclo, c. Falla de presión de operación, d. Falla durante el ciclo, e. Bajo nivel de agua, f. Falla en el suministro de energía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Indicador visual y audible de fin de ciclo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Monitoreo de presión y temperatura de esterilización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Con pantalla digital para el despliegue de parámetros: tiempo, temperatura y presión como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
18. Dispositivo de seguridad para evitar apertura de puerta con la cámara presurizada, debe poseer válvula de seguridad para evacuar la presión en la cámara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Generación de vapor por medio de resistencias eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Función de paro de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
21. El equipo podrá apagarse automáticamente en caso de sobrecalentamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Filtro HEPA o máximo 0.3 micrones para el ingreso de aire libre de partículas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Eléctricas</b>				
23. Alimentación eléctrica: 208 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
24. Enchufe polarizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
25. Potencia entre 4 a 6 KW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
26. La unidad debe estar bien construida, cámara cilíndrica y puerta completamente de acero inoxidable, diseñada nominalmente para 50 PSI o mayor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
27. Resistente y durable que permita limpieza típica hospitalaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
28. Para ser soportado sobre mesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
29. Gabinete para soportar el equipo con las siguientes características: a. Construido de acero inoxidable o material de características similares o superiores, estructura estable y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

resistente al uso de desinfectantes de uso hospitalario. b. De dos puertas c. Al menos un (1) entrepaño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30. Charola o caja de acero inoxidable para colocar instrumental quirúrgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimientos adicionales</b>				
31. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios y equipos adicionales que sean necesarios para el óptimo funcionamiento del equipo; así como incluir todos los trabajos de instalación necesarios para poner en funcionamiento el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Instalación</b>				
32. Circuito de alimentación eléctrica individual y con protección térmica, de acuerdo a recomendación del fabricante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
33. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
34. Prueba de encendido y funcionamiento (calibración, verificación de controles y funciones del equipo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
35. Verificación de ciclo de esterilización completo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
36. Verificación de efectividad del ciclo de esterilización haciendo uso de indicadores biológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
37. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485); ISO 9001 y/o EN 285.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
38. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
39. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
40. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



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.				
--	--	--	--	--

♦ 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.

**GRUPO 3. EQUIPO, DISPOSITIVO O ACCESORIO PARA IMAGENOLÓGÍA MÉDICA DIAGNÓSTICA.**

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
3.1.	Colgador para bata plomada (Porta saco)	4	4

### 3.1. COLGADOR PARA BATA PLOMADA (PORTA SACO)

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Con base de acero inoxidable empotrable a pared para colgar bata plomada y otros accesorios de protección radiológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Al menos dos (2) serchas móviles a ambos lados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Deberá incluirse el servicio de instalación a pared.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Características Mecánicas				
4. Empotrable a pared	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Capacidad de carga por sercha entre 8 a 12 kg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Fabricado en acero inoxidable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Inspecciones y pruebas mínimas				
8. Inspección de la integridad física de cada unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
Estándares y certificaciones regulatorias				
9. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado.				
---	--	--	--	--

**GRUPO 4. EQUIPO, DISPOSITIVO O ACCESORIO PARA MONITOREO O DIAGNÓSTICO MÉDICO ESPECIALIZADO.**

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
4.1.	Monitor fetal	1	0
4.2.	Equipo integral para toma de signos vitales	1	1

4.1. MONITOR FETAL				
Marca:		Modelo:		
País de origen:		Código/Referencia:		
País de fabricación:		Fabricante:		
Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Utilizado para el monitoreo fetal ante e intraparto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Tipo electrónico, microprocesado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Pantalla con tecnología basada en cristal líquido-transistor de película delgada (TFT-LCD), cristal líquido (LCD) o similar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Con transductor de ultrasonido para la medición de la frecuencia cardíaca fetal (FHR), con intensidad del ultrasonido menor a 10mW/cm <sup>2</sup> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Medición y registro de frecuencia cardíaca: 50 o menor a 240 lpm o mayor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Con transductor para la detección de la actividad uterina mediante transductor de desplazamiento (tocotransductor a prueba de agua).  Rango de señal de 0 a 100 unidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Transductor con al menos 7 cristales para la detección de frecuencia cardíaca fetal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Registro de eventos: Al menos veinticinco (25) incidencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Despliegue gráfico y numérico de la actividad uterina con registro de la detección del movimiento fetal en forma manual y automática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Con ECG para el feto y la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Con marcador de sucesos o eventos materno de forma manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Indicador visual de la calidad de la señal del latido fetal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Monitoreo de parámetros maternos:				
a. Electrocardiografía de tres o cinco electrodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Presión arterial no invasiva.				
i. Sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
ii. Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
iii. Diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Saturación de oxígeno (SpO <sub>2</sub> ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

d. Monitoreo de temperatura materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Selección de límite superior e inferior para alarma de frecuencia cardíaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Con impresor térmico de dos canales: uno para actividad (uterina) y otro para frecuencia cardíaca fetal con impresión de datos gráficos y alfanuméricos a. Con las siguientes características: i. Velocidad seleccionable de 1, 2 y 3 cm/min. ii. Registro de fecha, hora, datos del paciente, eventos. iii. Detección de Movimiento Fetal (FMD). iv. Registro de tocodinometría.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Sistema de alarmas visuales y audibles configurables por el usuario para: frecuencia cardíaca, indicador de pérdida de señal o señal insuficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Con interfaz para conexión con computadora o central de monitoreo, para colección de datos y almacenaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
18. Despliegue en pantalla de parámetros de monitoreo materno y fetal en tiempo real.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Eléctricas</b>				
19. Sistema de batería interna recargable, con autonomía de no menos de 60 minutos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
21. Enchufe polarizado, grado hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
23. Cumplimiento con Norma EN 60529, código IP, que asegure su utilización segura en Ambientes relativamente húmedos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
24. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectante de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
25. Un (1) transductor de ultrasonido para la medición de la frecuencia cardíaca fetal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
26. Uno (1) Transductor para la detección de la actividad uterina mediante transductor de desplazamiento (tocotransductor) a prueba de agua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
27. Dos (2) cinturones reusables para sujeción de transductores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

28. Uno (1) Cable completo para electrocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
29. Cien (100) Electrodo, auto-adheribles, para ECG, descartables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
30. Uno (1) Sensor de dedo para medición de saturación de oxígeno, reusable, para paciente adulto. Con su respectivo cable y conectores al monitor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
31. Uno (1) Brazalete reusable para paciente adulto. Con su respectiva manguera y conectores al monitor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
32. Uno (1) Brazalete reusable para paciente pediátrico. Con su respectiva manguera y conectores al monitor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
33. Uno (1) Pedestal móvil, de la misma marca del equipo o recomendado expresamente por el fabricante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
34. Accesorio para toma de presión intrauterina, incluyendo cable conector al equipo, adaptador y sensor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
35. Cincuenta (50) sensores descartables para la toma de presión intrauterina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
36. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
37. Prueba de encendido, medición y funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
38. Despliegue de ondas y valores numéricos en pantalla de los parámetros seleccionados y verificación de parámetros medidos a través de ajuste en equipo simulador y medidor de parámetros, medidor de temperatura, medidor de presión y fantoma o simulador de saturación de oxígeno, entre otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
39. Pruebas de seguridad eléctrica con analizador de seguridad eléctrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
40. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
41. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
42. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

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.				
---	--	--	--	--

♦ 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.

## 4.2. EQUIPO INTEGRAL PARA TOMA DE SIGNOS VITALES

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Equipo para toma de signos vitales: presión arterial NO invasiva (NIBP), temperatura (ótico o frontal), Saturación de Oxígeno (SPO2).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Medición simultánea de parámetros de presión arterial NO invasiva, temperatura y Saturación de Oxígeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Que permita la conectividad con impresoras externas y con sistemas de registro médico electrónico de pacientes que utiliza el IGSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Módulos con memoria para almacenamiento de al menos 50 registros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Que el equipo posea la capacidad de introducir el peso, estatura, frecuencia respiratoria del paciente de forma manual o automática. De preferencia que pueda registrar glicemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Pantalla <ul style="list-style-type: none"><li>a. Pantalla LCD a color.</li><li>b. Dígitos de fácil visibilidad por el usuario</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Saturación de Oxígeno <ul style="list-style-type: none"><li>a. Oximetría de pulso (SpO2).</li><li>b. Parámetros mostrados: porcentaje de saturación y frecuencia cardiaca</li><li>c. Frecuencia cardiaca en el rango aproximado de 25 a 240 BPM o más</li><li>d. Rango de la saturación de oxígeno: 0 a 100%.</li><li>e. Precisión SpO2: de 70 al 100 % ± 2 %.</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Temperatura <ul style="list-style-type: none"><li>a. Que permita la medición de temperatura vía ótica o frontal con transmisión digital al módulo</li><li>b. Tiempo mínimo para la medición de temperatura vía ótica o frontal: 5 segundos o menos</li><li>c. Rango mínimo de medición de temperatura: 25 – 43°C</li><li>d. Precisión de medida: 0.1°C.</li><li>e. Que permita la utilización de cobertores o capuchones descartables</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



9. Presión Sanguínea No Invasiva (NIBP)				
a. Rango de medición: 0 a 300 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Determinación de presión diastólica y sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Rango de medición presión diastólica: 30 – 160 mmHg o mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
d. Rango de medición presión sistólica: 50 – 250 mmHg o mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Tiempo mínimo de medición. 15 segundos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Límite de sobrepresión: 300 mmHg o mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Características Eléctricas</b>				
10. Sistema de batería interna recargable, con autonomía de no menos de 60 minutos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Enchufe polarizado, grado hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
14. Soporte rodable (5 rodos) para módulo de medición de SPO2, NIBP y temperatura, con canasta para guarda de accesorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectante de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
16. UPS con regulador de voltaje incorporado con capacidad de respaldo de 180 minutos o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Una (1) memoria USB con almacenamiento mínimo de 64 GB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
18. Pulsioximetría: Un (1) sensor reusable de adulto para dedo, con un cable-conector al equipo, como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Juego de brazaletes reusables para medición de presión no invasiva de los siguientes tamaños:				
a. Cinco (5) brazaletes para adulto S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
b. Cinco (5) brazaletes para adulto M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Cinco (5) brazaletes para adulto L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Cinco (5) brazaletes para adulto XL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20. Temperatura: 1000 puntas de medición descartables para termómetro, o 1000 fundas descartables, cualquiera de las dos debe ser para toma de temperatura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
21. En caso que el equipo posee impresora interna deberá suministrarse cinco (5) rollos de papel termo sensible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

<b>Conectividad</b>				
22. Que permita conectar con lector de código de barras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
23. Deben poseer puertos USB y serial para conectar impresoras externas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
24. Con puerto para conexión a computadora o estación de monitoreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
25. Incluir todos los cables necesarios para su interconexión del equipo y la red del IGSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
26. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
27. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles, alarmas y funciones del equipo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
28. Despliegue de datos alfanuméricos de saturación de oxígeno, presión no invasiva y temperatura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
29. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
30. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
31. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.

**GRUPO 5. EQUIPO DE VENTILACIÓN Y OXIGENOTERAPIA.**

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
5.1.	Ventilador mecánico pediátrico-adulto	0	31

## 5.1. VENTILADOR MECÁNICO PEDIÁTRICO-ADULTO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

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 pediátrico y adulto que tiene comprometida la función respiratoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Equipo controlado por microprocesador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Pantalla con tecnología TFT, LCD o LED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Compresor o turbina incorporada para proporcionar aire comprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Conexión externa para fuente de oxígeno y aire comprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Capacidad de proporcionar mezcla de FiO2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Sistema de seguridad electrónico o mecánico para evitar presiones altas en los pulmones y vías aéreas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Capacidad de funcionar en traslados intrahospitalarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Reguladores de presión de las fuentes de alimentación neumáticas integrados o inter-construidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Nebulizador interno e integrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Fácil de manejar con seguro de teclado o secuencia de pasos que evite modificaciones accidentales o controles que impida cambios accidentales o no deseados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Programa en idioma español.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Función de auto-prueba o autodiagnóstico del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
14. Indicador de horas de servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Silenciador temporal de alarmas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Transductores de flujo y válvulas de exhalación deberán de ser del tipo reutilizable e incorporados al equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



20. Monitoreo digital de parámetros: a. Volumen tidal. b. Volumen minuto programado y espontáneo. c. Relación I:E. d. Tiempo inspiratorio. e. Presión positiva al final de la espiración. f. Presión pico. g. Presión media. h. Presión de meseta. i. Fracción inspirada de oxígeno FiO2 j. Indicador de modo de ventilación. k. Visualización de forma de onda de volumen, forma de onda de presión y forma de onda de flujo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Características Eléctricas</b>				
21. Sistema de baterías recargables, de soporte para ventilador y fuente de aire, con una duración de 60 minutos o mayor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
23. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho), grado hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
24. Sistema de carga de baterías interno e integrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
25. Con cambio automático de suministro de energía eléctrica de línea de alimentación AC a baterías en caso de falla y viceversa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
26. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
27. Sistema de compensación de fugas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
28. Grado de protección de acuerdo a ANSI-IEC 60529: Al menos IP 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
29. Montaje en soporte móvil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
30. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
31. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
32. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar contruidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

33. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
34. Soporte móvil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
35. Treinta (30) Circuitos descartables completos <sup>(1)</sup> (desechables) para paciente adulto.  <sup>(1)</sup> 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
36. Treinta (30) Circuitos descartables completos <sup>(2)</sup> (desechables) para paciente pediátrico.  <sup>(2)</sup> 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
37. Diez (10) Máscaras para ventilación no invasiva (desechables) para paciente adulto, en los siguientes tamaños: a. Tres (3) pequeños (Talla S) b. Cuatro (4) medianos (Talla M) c. Tres (3) grandes (Talla L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
38. Un (1) pulmón de prueba que permita el uso en función pediátrica y adulto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
39. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
40. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
41. Uno (1) brazo soporte para circuito de paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
42. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
43. Dos (2) cámaras adultos para humidificador, reutilizables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

44. Dos (2) cámaras pediátricas para humidificador, reutilizables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
45. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
46. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas del Ventilador mecánico pediátrico-adulto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
47. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
48. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles y funciones del equipo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
49. Verificación de parámetros ventilatorios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
50. Verificación de correcto funcionamiento de los dispositivos de monitoreo y los sistemas de alarma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
51. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
52. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
53. 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.  <i>Considerando la situación de emergencia de salud pública actual, se aceptará la Autorización de Uso de Emergencia (EUA).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
54. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
55. Demostrar cumplimiento con los siguientes estándares: a. ISO 80601-2-12: 2020 Equipos electromédicos - Parte 2-12: Requisitos particulares de seguridad básica y rendimiento esencial de los ventiladores de cuidados intensivos. b. ISO 80601-2-74: 2017 Equipos electromédicos - Parte 2-74: Requisitos particulares para seguridad básica y desempeño esencial del equipo de humidificación respiratoria. c. ISO 80601-2-79: 2018 Equipos electromédicos - Parte 2-79: Requisitos particulares para seguridad básica y rendimiento esencial del equipo de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



soporte ventilatorio para problemas de ventilación.				
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.

#### **GRUPO 6. MOBILIARIO CLÍNICO.**

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
6.1.	Cama - camilla ginecoobstétrica	1	0
6.2.	Cuna hospitalaria para cuidados intensivos	12	0
6.3.	Cuna pediátrica	24	0
6.4.	Silla de ruedas para paciente pediátrico	3	0
6.5.	Mesa de acero inoxidable para unidosis	2	1
6.6.	Carro de transporte para alimentación de acero inoxidable de 2 entropaños.	4	8
6.7.	Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes)	2	0

#### **6.1. CAMA - CAMILLA GINECOOBSTÉTRICA**

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Cama-camilla utilizada para procedimientos gineco obstétricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Respaldo articulable y de inclinación regulable hasta 75°.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Sección de las piernas extraíble o abatible que permita el trabajo con la paciente y el bebé en caso sea requerido atender el parto en el sitio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Con trendelemburg de al menos 10°.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Barandas laterales desmontables o abatibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Cuatro ruedas de 12 cm de diámetro como mínimo, con sistema de freno y silenciosos, que permitan fácil maniobrabilidad y transporte de la cama-camilla. De hule, caucho conductor u otro material anti pelusa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Colchón de la misma marca de la cama, de espuma de goma u otro material, antiestático, forro de material impermeable, anti escaras o reductor de presión, antialérgico, con tratamiento bactericida, retardante al fuego, con espesor de al menos 10 cm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. La colchoneta deberá ajustarse a las diferentes secciones y divisiones de la cama. (seccionada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Modo de accionamiento, hidráulico o manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Debe permitir el uso seguro para que la paciente desarrolle el trabajo de parto en al menos las siguientes posiciones: a. Acostada, b. Sentada erecta, c. Paciente soportada en cuatro puntos (rodilla-codos), d. Paciente en cuclillas, y e. Litotomía con piernas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Debe permitir la colocación de los accesorios indispensables en procedimientos ginecoobstétricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Dimensiones aproximadas de referencia: a. Ancho: 95-105 cm b. Largo: 200-210 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

c. Altura ajustable en el rango: 60 hasta 85 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. Capacidad mínima de carga de al menos 160 kg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
14. Estructura fabricada en acero, con tratamiento anticorrosivo, de calibre capaz de soportar al menos el límite de capacidad máxima de carga requerido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Tanto la estructura como los accesorios, así como los acabados de estos deben permitir y ser resistente a la limpieza con desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Superficie de la cama construido de lámina de acero estructural con superficie de lámina cribada (no resortes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
17. Un (1) juego de pierneras regulables (apoya piernas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
18. Un (1) juego de manubrios o asideros laterales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Un (1) juego de apoyapiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Un (1) atril porta suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
21. Una (1) bandeja de recolección de líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
22. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
23. Pruebas de funcionamiento y verificación de movimientos del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
24. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
25. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
26. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

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.				
--	--	--	--	--

- ◆ 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.

## 6.2. CUNA HOSPITALARIA PARA CUIDADOS INTENSIVOS

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Cuna eléctrica para uso hospitalario para pacientes lactantes. Con base sólida fabricada en acero estructural con superficie de lámina cribada (no resortes) de al menos tres secciones con bordes redondeados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Sistema de funcionamiento eléctrico con respaldo con baterías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Con sistema electro-hidráulico o electro-mecánico para ajuste de posiciones, con capacidad de carga de al menos 80 Kg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Posiciones permitidas: a. elevación de altura de superficie de cuna b. elevación de respaldo, c. elevación de rodillas o de muslos o de pies d. Trendelemburg y antitrendelemburg.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Elevación de respaldo: De 0 a 40 grados como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Elevación de rodillas: De 0 a 30 grados como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Movimientos Trendelemburg y Trendelemburg invertido de al menos (+12 / -12 grados) ó mayor rango.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Ajuste de altura de al menos de 40 a 74 cms o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Con cuatro (4) barandas laterales (en caso sean seccionadas) o dos laterales (tipo corral) , deben ser deslizables verticalmente por medio de guías y deben permitir visibilidad por los 360°, de fácil acceso y transferencia del paciente, no conductivas, de acero inoxidable, cromadas o de acero esmaltada y con recubrimiento epóxico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Con cuatro (4) rodos giratorios grado hospitalario y del tipo direccional, de hule, caucho conductivo u otro material anti pelusa, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. De preferencia que la cuna posea un quinto rodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Sistema de freno y direccionamiento centralizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

12. Cabecera y piecra continuos de longitud completa y fabricadas completamente de material plástico termo formado, o tipo barandas de acero inoxidable, cromadas o de acero esmaltada y con recubrimiento epóxico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Para los atriles de las soluciones endovenosas y otros accesorios debe tener dos orificios en ambos respaldares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
14. Colchón de al menos 10 centímetros (4") de espesor, con cubierta de vinilo lavable, impermeable y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. El colchón deberá ser flexible para permitir las posiciones fowler, semi-fowler y elevación de rodillas o muslos y pies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. Todas las funciones controladas eléctricamente mediante control de operario en posición accesible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Con sistema de bloqueo de los movimientos eléctricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Con indicador de falla de energía y estado de batería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Eléctricas</b>				
18. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Enchufe polarizado, grado hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Dimensiones</b>				
21. Ancho: 70 – 95 cm, +/-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Largo: 140 - 175 cm., +/-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
23. Altura: 74 - 94 cm, +/-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
24. Tanto la estructura como los accesorios, así como los acabados de estos deben permitir y ser resistente a la limpieza con desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
25. Con acabados de soldaduras corridas y continuas (aplica si la cuna posee soldaduras).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
26. Estructura, fuerte, resistente y acabados con pintura epóxica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
27. Con guarda golpes de hule en el contorno o en las esquinas del somier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
28. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios y equipos adicionales que sean necesarios para el óptimo funcionamiento del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

<b>Accesorios a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
29. Colchón de la misma marca de la cuna, de espuma de goma u otro material, antiestático, forro de material impermeable, anti escaras o reductor de presión, antialérgico, con tratamiento bactericida, retardante al fuego, con espesor de al menos 10 cm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
30. Un (1) soporte para cilindro tipo E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
31. Sistema de baterías recargable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
32. Un (1) control eléctrico manual para paciente, de repuesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
33. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
34. Pruebas de funcionamiento y verificación de movimientos del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
35. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
36. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
37. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.

### 6.3. CUNA PEDIÁTRICA

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Utilizada para pacientes pediátricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Posiciones permitidas: elevación de altura de superficie de cuna, de respaldo y de pies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Elevación del lado de la cabecera ajustable, como mínimo a 40° y elevación de pies aproximadamente 30°.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Con cuatro (4) barandas laterales deben ser deslizables verticalmente por medio de guías y deben permitir visibilidad por los 360°. Fabricadas en material no conductivo, de acero inoxidable, cromado o de acero esmaltado y con recubrimiento epóxico, resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Con cuatro (4) rodos giratorios grado hospitalario, de hule, caucho conductivo u otro material anti pelusa, como mínimo dos rodos con freno, silenciosos y de fácil maniobrabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. La cuna debe tener porta expediente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Colchón de al menos 10 centímetros (4") de espesor, con cubierta de vinilo lavable, impermeable y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. El colchón deberá ser flexible para permitir las posiciones fowler, semi-fowler y elevación de rodillas o muslos y pies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Dimensiones aproximadas</b>				
8. Largo aproximado: entre 150 cm., +/-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Ancho: aproximadamente entre 80 cm., +/-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Altura hasta barandales: 120 cm., +/-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
11. Tanto la estructura como los accesorios, así como los acabados de estos deben permitir y ser resistente a la limpieza con desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



12. El soporte de las manivelas y las manivelas debe ser ajustable formado de ángulo de acero, acabado en pintura, con sistema mecánico manual de movimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Con acabados de soldaduras corridas y continuas (aplica si la cuna posee soldaduras).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
14. Con guarda golpes de hule en toda la orilla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
15. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios y equipos adicionales que sean necesarios para el óptimo funcionamiento del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
16. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Pruebas de funcionamiento y verificación de movimientos del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
18. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
19. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

#### 6.4. SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE PEDIÁTRICO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Silla equipada con ruedas para su uso como medio de transporte para niños que no pueden caminar como resultado de una enfermedad, lesión o discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Compuesta por: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Asiento.</li> <li>b. Ruedas traseras y delanteras.</li> <li>c. Reposo brazos.</li> <li>d. Reposo pantorrillas.</li> <li>e. Reposo pies.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Que permita plegarse, mediante sistema fácil que garantice su estabilidad una vez armada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Reposo brazos acolchados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Reposo pantorrillas acolchados y desmontables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Reposo pies abatibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Con empuñaduras anatómicas para empuje incorporados a la estructura de la silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
8. Marco plegable fabricado de acero al carbón o acero cromado, de alta resistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Tapicería acolchonada del asiento, del reposo brazos y del reposo pantorrillas, en vinilo (cuerina), antialérgico, lavable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Reposo pies en aluminio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Ruedas delanteras laterales, giratorias, macizas fabricadas en goma o caucho, de 20 cm de diámetro como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Ruedas traseras laterales, fijas, macizas, de al menos 60 cm de diámetro, con freno de palanca de mano y con un aro paralelo que sirva para que el paciente movilice la silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Ruedas con marcos sólidos, preferiblemente metálicos, que soporten la carga mínima requerida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

15. Capacidad máxima de carga: Al menos 150 libras (68 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
16. Dimensiones mínimas del asiento: a. Ancho: 40 a 45 cm b. Profundo: 40 a 45 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. Dimensiones mínimas de la silla: a. Altura del respaldo respecto al asiento: 45 cm b. Altura de la silla del piso al nivel superior del respaldo: 80 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
18. Un (1) juego de cinturones para cadera y torácico de alta resistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
19. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
20. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
21. Inspección de la integridad física de cada silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
22. Verificación de movimientos de cada silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[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.

## 6.5. MESA DE ACERO INOXIDABLE PARA UNIDOSIS

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Mesa de trabajo en acero inoxidable para uso en farmacia hospitalaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Superficie de la mesa lisa, con cantos redondeados y refuerzo estructural tubular o angular en la parte inferior, para evitar la deformación con el peso que deberá soportar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Con refuerzo estructural tubular o angular en "H" que una las cuatro patas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Con regatones niveladores en las patas de la mesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
5. Superficie o top de al menos 1.5" (3.8 cm) de grosor (alto).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Superficie o top en acero inoxidable, acabado pulido, calibre 16 o superior, tipo AISI 304.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Estructura tubular o angular, fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Dimensiones mínimas de la mesa a. Ancho: 80 cm b. Largo: 180 cm c. Altura: 85 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
10. Inspección de la integridad física de cada unidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
11. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				

<p>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.</p>	□	□	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
---	---	---	--------------------	--------------------

## 6.6. CARRO DE TRANSPORTE PARA ALIMENTACIÓN DE ACERO INOXIDABLE DE 2 ENTREPAÑOS.

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Utilizada para el transporte de raciones de alimentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. De dos (2) estantes fabricado en acero inoxidable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Soportes tipo maneral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Dimensiones aproximadas de referencia: a. Ancho : 60 - 80 cm b. Largo: 100 - 120 cm c. Alto : 80 - 90 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Estantes con reborde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Cuatro (4) ruedas giratorias de caucho de alta resistencia, para uso pesado y que no acumule pelusa. Al menos dos (2) con frenos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Ruedas de al menos 15 cm de diámetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Con depósito para residuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Resistente a la corrosión y resistente a la aplicación de productos químicos de limpieza de uso normal en Alimentación y Dietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Con parachoques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
11. Carro cerrado con doble fondo (para conservación térmica de los alimentos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
12. Con puertas abatibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Con halador o manubrio para empujar o movilizar el carro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Materiales</b>				
14. Construido en acero inoxidable tipo AISI 304 o 316, calibre No. 16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
15. Inspección de la integridad física de cada carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				

16. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
17. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

#### 6.7. CARRO PORTA-EXPEDIENTES CLÍNICOS (PARA 10 EXPEDIENTES)

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
---------------	--	----------------	--

<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Carro auxiliar para el transporte de historias clínicas en tamaño carta (8.5" x 11") en áreas de hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Con capacidad para albergar diez (10) carpetas porta-expedientes o porta-cuadrículas, con sus respectivas divisiones para la colocación de cada carpeta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Sistema que mantenga los porta-expedientes o porta-cuadrículas en su sitio al desplazar el carro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Con cuatro rodos resistentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Para empujar el carro debe tener asidero adecuadamente ubicado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
6. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Rodos antipelusa (de preferencia tipo bola) fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Dimensiones mínimas <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ancho: 45 cm</li> <li>b. Profundo: 35 cm</li> <li>c. Altura: 95 cm</li> <li>d. Diámetro de los rodos: 5 a 7 cm</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Accesorios a incluir con cada unidad suministrada*</b>				
9. Diez (10) porta-expedientes o porta-cuadrículas de acero inoxidable, tamaño carta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
10. Inspección de la integridad física de cada carro porta-expediente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
11. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



12. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

#### **GRUPO 7. MOBILIARIO ADMINISTRATIVO.**

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
7.1.	Sillón para acompañante	24	0
7.2.	Estante metálico de 4 entrepaños. reforzado	24	24

#### **7.1. SILLÓN PARA ACOMPAÑANTE**

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Asiento y respaldo reclinable, completamente acolchonado con reposapiés, apoyabrazos y apoyacabeza para uso hospitalario de alto tráfico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Dimensiones: a. Ancho de 60 a 70 cm (se aceptarán variaciones de +/- 1cm). b. Deberá indicar todas las dimensiones del ítem incluyendo la longitud extendida, y longitudes medias según los ángulos de reclinación.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Acabados de materiales durables de alta calidad y antimicrobiales (presentar certificado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. La cubierta deberá ser de material impermeable, como: vinilo, o material de mejor calidad, resistente, sin costuras, de fácil limpieza que soporte la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Auto soportado y construido de material resistente que asegure la estabilidad y comodidad del usuario al colocarlo en distintas posiciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Podrá presentar opción de patas fijas con material antideslizante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
7. Inspección de la integridad física de cada unidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. Verificación de movimientos del mueble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
9. Certificado vigente de buenas prácticas de fabricación ISO o similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Certificado ANSI/BIFMA o similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

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.

--	--	--	--

## 7.2. ESTANTE METÁLICO DE 4 ENTREPAÑOS, REFORZADO

<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

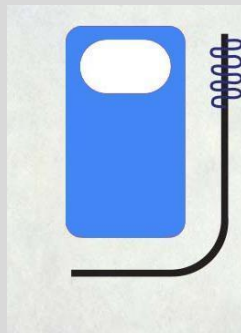
Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
<b>Descripción</b>				
1. Módulo de estantería reforzada tipo “picking” de uso pesado, para el almacenamiento de cajas de medicamentos de diferentes dimensiones y pesos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Con perfil de ángulo ranurado (que permita la variación de altura de los entrepaños), fabricados en acero o acero galvanizado con pintura epoxi de gran resistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Entrepaños: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fabricado en madera aglomerada.</li> <li>b. Ajustables en altura.</li> <li>c. Con travesaños de refuerzo en sentido perpendicular de los estantes.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. Parales, postes y tensores deben ser modulados de tal manera de facilitar el acceso y el almacenamiento, en esquinas inclusive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Profundo: 40-50 cm</li> <li>b. Largo: 90-100 cm</li> <li>c. Alto: 200 cm</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. Deberá garantizar que puede soportar al menos 100 kg distribuidos uniformemente por entrepaño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Con regatones de plástico en cada una de las patas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Características Mecánicas</b>				
8. Estantes en madera aglomerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
9. Parales, postes y tensores fabricados en acero o acero galvanizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
10. Inspección de la integridad física de cada unidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
11. Certificado vigente de buenas prácticas de fabricación ISO o similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala</b>				

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]
--	---	---	--------------------	--------------------

**GRUPO 8. ACCESORIOS DE OBRA CIVIL Y ARQUITECTURA.**

Lote	Descripción	Cantidad inicial estimada	
		Escuintla	Zona 11
8.1.	Cortina antibacterial completa (en "L")	144	192
8.2.	Cortina antibacterial lateral	16	16

### 8.1. CORTINA ANTIBACTERIAL COMPLETA (EN "L")

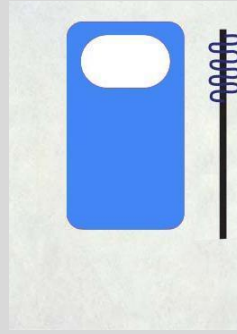


<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Cortina de una pieza que permita en su recorrido cubrir y descubrir uno de los laterales y la parte frontal (piecero) de un puesto de encamamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Cortina con tratamiento antibacteriano, que evite que los patógenos tengan la capacidad de sobrevivir a la superficie de la misma. Para dividir entre sí áreas de encamamiento de pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Fabricada de materiales con propiedades termoplásticas como el cloruro de polivinilo y nylon entretejido, y con sustancias antibacterianas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. La parte superior de la cortina (al menos de 50 cm) deberá de ser de malla ligera fabricada de nylon de alta resistencia y con un tratamiento antibacterial. Deberá ser retardante del fuego de acuerdo a la NFPA701 y permitir la ventilación del cuarto del paciente o el área médica en la que está siendo utilizada la cortina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. En colores que combinen con los oficiales de la institución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. La cortina no deberá producir ningún tipo de carga electrostática con la finalidad de evitar interferencias con los equipos médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Resistente a manchas de sangre, grasas y químicos que no sean corrosivos de tal manera que su limpieza sea fácil para el personal de limpieza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. De fácil limpieza y resistente al uso de desinfectantes hospitalarios o el recomendado por el fabricante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

9. Con sistema de riel superior de aluminio anodizado y ganchos que facilite el desplazamiento de la cortina, evitando atascamientos y que permita de forma fácil cerrar/abrir en forma de "L", cubriendo/descubriendo una parte lateral y la parte frontal (piecero) de un puesto de encamado.  Agujeros que permiten colgarla de ganchos de riel con anillos de metal para evitar desgarros de la tela. Los agujeros deberán estar dispuestos en una cincha de material plastificado u otro más resistente con costuras reforzadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Que incluya sistema de rieles: a. Montados en techo b. Fabricados en aluminio o mejor material c. Diseñado para uso pesado d. Con ganchos deslizables para colgar la cortina e. Que permita un rápido desmontaje para limpieza. f. Que incluya sistema de fijación para mantener la cortina plegada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
11. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Condiciones de instalación</b>				
12. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios que sean necesarios; así como incluir todos los trabajos de instalación necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Para cada espacio de atención considerar las siguientes dimensiones: a. Para un eje lineal (a lo largo de las camas) con un recorrido de 220 cm +/- 2% (incluyendo la curvatura) b. Un recorrido en eje transversal (al frente del piecero de cama) de 245 cm +/- 5% (incluyendo la curvatura). c. La altura disponible en el proyecto de cielo falso al piso de 240 cm.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
14. Considerar material adicional de 10%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
15. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

## 8.2. CORTINA ANTIBACTERIAL LATERAL



<b>Marca:</b>		<b>Modelo:</b>	
<b>País de origen:</b>		<b>Código/Referencia:</b>	
<b>País de fabricación:</b>		<b>Fabricante:</b>	

Detalle de requerimiento técnico	Cumplimiento		Documento de referencia	Folio(s)
	Sí	No		
Descripción				
1. Cortina de una pieza que permita en su recorrido (lineal) cubrir y descubrir una parte lateral de un puesto de encamamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
2. Cortina con tratamiento antibacteriano, que evite que los patógenos tengan la capacidad de sobrevivir a la superficie de la misma. Para dividir entre sí áreas de encamamiento de pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
3. Fabricada de materiales con propiedades termoplásticas como el cloruro de polivinilo y nylon entretejido, y con sustancias antibacterianas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
4. La parte superior de la cortina (al menos de 50 cm) deberá de ser de malla ligera fabricada de nylon de alta resistencia y con un tratamiento antibacterial. Deberá ser retardante del fuego de acuerdo a la NFPA701 y permitir la ventilación del cuarto del paciente o el área médica en la que está siendo utilizada la cortina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
5. En colores que combinen con los oficiales de la institución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
6. La cortina no deberá producir ningún tipo de carga electrostática con la finalidad de evitar interferencias con los equipos médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
7. Resistente a manchas de sangre, grasas y químicos que no sean corrosivos de tal manera que su limpieza sea fácil para el personal de limpieza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
8. De fácil limpieza y resistente al uso de desinfectantes hospitalarios o el recomendado por el fabricante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]



9. Con sistema de riel superior de aluminio anodizado y ganchos que facilite el desplazamiento de la cortina, evitando atascamientos.  Agujeros que permiten colgarla de ganchos de riel con anillos de metal para evitar desgarros de la tela. Los agujeros deberán estar dispuestos en una cincha de material plastificado u otro más resistente con costuras reforzadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
10. Que incluya sistema de rieles: a. Montados en techo b. Fabricados en aluminio o mejor material c. Diseñado para uso pesado d. Con ganchos deslizables para colgar la cortina e. Que permita un rápido desmontaje para limpieza. f. Que incluya sistema de fijación para mantener la cortina plegada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Inspecciones y pruebas mínimas</b>				
11. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el bien.				
<b>Condiciones de instalación</b>				
12. Para cada espacio de atención considerar las siguientes dimensiones (+/- 10%): a. Para un eje lineal (a lo largo de las camas) con un recorrido de 220 cm +/- 2%. b. La altura disponible en el proyecto de cielo falso al piso es de 240 cm.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
13. Considerar material adicional de 10%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]
<b>Estándares y certificaciones regulatorias</b>				
14. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Inserte detalles]	[Inserte detalles]

## Sección IV: Anexos de la cotización

**Nota para los licitantes:** El texto resaltado en azul son instrucciones para completar cada formulario. Complete los formularios según las instrucciones y preséntelos como parte de su cotización.

Los siguientes formularios forman parte de esta solicitud de cotización y los licitantes deberán completarlos y presentarlos como parte de su cotización.

### Anexo A: Formulario de presentación de cotización

Se exige de los licitantes que completen el presente formulario y lo presenten como parte de su cotización. El licitante deberá completar este formulario de conformidad con las instrucciones indicadas a continuación. No se permitirá alteración alguna del formato establecido, ni se aceptarán sustituciones.

**Nota para los licitantes:** El licitante deberá completar este Anexo en el documento Word que se proporciona para este fin. El formulario deberá presentarse dentro de la oferta en formato PDF debidamente firmado, fechado y sellado.

### Anexo B: Formulario de oferta de precios

El licitante deberá completar el formulario de conformidad con las instrucciones indicadas a continuación.

**El licitante deberá completar este Anexo en el documento Excel que se proporciona para este fin.**

**El formulario deberá presentarse dentro de la oferta en formato PDF debidamente firmado y en formato digital (Excel), sin protección de apertura y libre de programa maligno.**

### Anexo C: Formulario de oferta técnica

El licitante deberá completar este formulario de conformidad con las instrucciones indicadas a continuación.

**Nota para los licitantes:** El licitante deberá completar este Anexo en el documento Word que se proporciona para este fin. El formulario deberá presentarse dentro de la oferta en formato PDF debidamente firmado, fechado y sellado.

### Anexo D: Formulario de experiencia previa

El licitante deberá completar este formulario de conformidad con las instrucciones indicadas a continuación.

**Nota para los licitantes:** El licitante deberá completar este Anexo en el documento Word que se proporciona para este fin. El formulario deberá presentarse dentro de la oferta en formato PDF debidamente firmado, fechado y sellado.