**Anexo C: Formulario de oferta técnica**

Núm. de referencia de la solicitud de cotización: [inserte el núm. de referencia]

Nombre del licitante: [Indique el nombre del licitante]

Se exige de los licitantes que completen las **tablas comparativas de datos de cada lote** que se incluyen a continuación para demostrar que su oferta cumple con los requerimientos de UNOPS. NO se permite a los licitantes que realicen modificaciones a la columna “requerimientos de UNOPS” incluida en las tablas comparativas. Tales modificaciones constituirían un motivo para descalificar la oferta.

Los bienes y servicios relacionados (si corresponde) ofrecidos son conformes a las especificaciones requeridas y a los requerimientos especificados en la **Sección III: Lista de requerimientos**.

☐ Sí ☐ No

TODA DESVIACIÓN DEBE SER INDICADA A CONTINUACIÓN:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Continúa en las siguientes páginas...*

**Especificaciones técnicas para los bienes – Tabla comparativa de datos**

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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Monitor automático de presión arterial. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla LCD. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Medición mediante oscilometría o auscultación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con capacidad de guardar mediciones en memoria. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Parámetros mostrados en pantalla    1. Presión Sistólica    2. Presión Diastólica    3. Presión media    4. Pulso | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rangos de medición:    1. Presión Sistólica/Diastólica: 30 a 280 mmHg (rango aproximado)    2. Pulso: 40 a 200 bmp (rango aproximado) | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resolución de medición 1 mmHg | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Precisión de presión +/- 3 mmHg | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Precisión en lectura de pulso +/- 5 % | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas:    1. Pulso alto    2. Pulso bajo    3. Mensajes de error de sistema | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de baterías recargables, con autonomía de no menos de 500 mediciones. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías interno e integrado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Equipo portátil. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Juego de mangas para paciente pediátrico:    1. Cuatro (4) mangas para paciente pediátrico grande (11 a 12 cm).    2. Cuatro (4) mangas para paciente pediátrico estándar (9 - 10 cm).    3. Cuatro (4) mangas para paciente pediátrico pequeño (6 a 8 cm).   De preferencia con motivos pediátricos. | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, medición y funcionamiento. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Estetoscopio biauricular para uso en paciente pediátrico/neonatal | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con combinación de campana y diafragma liso para detectar una amplia gama de frecuencias de sonido. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. De doble campana. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Campana fabricada con bronce o latón cromado, acero inoxidable u otro material de calidad superior | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con tubos auditivos de acero inoxidable, bronce o latón cromado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con conector cónico para adaptarse al tubo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Anillo con rosca, membrana o diafragma fabricado de material de plástico y fibra de nylon. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ergonómico, diseñado para ajustarse al oído del usuario, olivas flexibles fabricadas de silicón o goma con rosca metálica, lavables. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. De material resistente a los cambios de temperatura ambiental. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Juego de diafragma o membrana resistente al agua y solventes de limpieza. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Par de auriculares. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) Juegos de olivas, uno (1) duro y uno (1) blando. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. De preferencia el equipo debe estar decorado o contar con algún accesorio con motivos infantiles | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada estetoscopio. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

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

| **1.3. LARINGOSCOPIO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Laringoscopio portátil, para aplicación en pacientes pediátricos pre-escolares y escolares, que cumpla con normativa ISO 7376. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Completo, con mango, estuche(s) y hojas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Mango:    1. Con forro externo estriado provisto de baterías.    2. Capacidad de acople para hojas de aplicación en pacientes pediátricos, tipo Miller (rectas) y Macintosh (curvas).    3. Mangos con funcionamiento a base baterías recargables. | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Iluminación:    1. LED    2. Luz blanca, para una iluminación uniforme | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estuche:    1. Compacto.    2. Fácil de limpiar.    3. Compartimentos interiores para resguardo y mantener todos los componentes del laringoscopio en posición.    4. Cierre de cremallera o sistema mejorado. | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías preferiblemente interno e integrado, propio de la marca del fabricante del laringoscopio. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Mangos en acero inoxidable, cromados o material metálico de características de resistencia mecánica y a la corrosión equivalentes o superiores. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Hojas fabricadas en acero inoxidable. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Hojas esterilizables en autoclave, acabado opaco, anti-reflejante. resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ningún componente del laringoscopio deberá presentar bordes con filo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | |  |  |  | |  |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Juego de hojas curvas (Macintosh) compuesto por:    1. Una (1) hoja No 1    2. Una (1) hoja No 2    3. Una (1) hoja No 3 | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de hojas rectas (Miller) compuesto por:    1. Una (1) hoja No 00    2. Una (1) hoja No 0    3. Una (1) hoja No 1    4. Una (1) hoja No 2 | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Mango con capacidad de acople para hojas de aplicación en pacientes pediátricos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al mango. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Estuche para resguardo de los componentes del laringoscopio. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, acople y funcionamiento. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Set de diagnóstico para uso pediátrico, compuesto por equipos de oftalmología y otoscopía con transformador de pared para cabezales de 3.5 V, que incluya:    1. Un cabezal de otoscopio de diagnóstico y sus espéculos auriculares    2. Un cabezal de oftalmoscopio    3. Dos mangos    4. Un transformador de pared | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Otoscopio    1. Otoscopio con fuente de luz de tecnología LED    2. Lente gran angular.    3. Con sistema para otoscopía neumática e iluminador de garganta    4. Juego de 5 espéculos auriculares reutilizables para diagnóstico (entre 2.5 y 7 mm) | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Oftalmoscopio    1. Con cabeza coaxial de 3.5 V    2. Con fuente de luz LED y filtro azul de cobalto.    3. Que incluya:       1. Dispositivo graduable de enfoque       2. Macroview    4. Sistema óptico coaxial con al menos 26 lentes con un rango de -25 a +40 dioptrías    5. Que produzca una visualización de máculas sin sombras.    6. Con detector de abrasiones corneales y cuerpos extraños.    7. Selección de al menos tres aperturas: grande, pequeña y micropunto    8. Filtro polarizado | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Mango    1. Dos (2) mangos independientes y adaptables a cabezal de otoscopio y oftalmoscopio. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Base    1. Base o transformador de pared metálico o de material resistente.    2. Con capacidad de alojar todos los componentes del equipo. | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Mangos con características de resistencia mecánica y a la corrosión. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Preferiblemente con motivos infantiles | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Juego de cien (100) espéculos auriculares descartables para diagnóstico, con abertura de 2.5 mm. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir instalación del equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, acople y funcionamiento. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

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

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo para esterilizar material que no resiste altas temperaturas, presión y humedad. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Equipo microprocesado que permita el control de autodiagnóstico y detección de fallas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cámara de esterilización | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema para la alimentación del peróxido de hidrógeno | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla de cristal líquido o similar | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con panel de control digital o pantalla táctil. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Interfaz en idioma español | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que controle/monitoree los siguientes parámetros:    1. Presión    2. Temperatura    3. Humedad | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos los siguientes ciclos:    1. Ciclo corto    2. Ciclo avanzado | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que permita visualizar:    1. Ciclos de esterilización    2. Mensajes de error | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de impresión para registro de datos del proceso de esterilización | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas audibles y visibles de al menos lo siguiente::    1. Mal funcionamiento    2. Cancelación de ciclo    3. Detección de humedad    4. Finalización de ciclo | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 208 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Autosoportado en gabinete vertical (no sobre mesa) | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente y durable que permita limpieza típica hospitalaria. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cámara de esterilización con las siguientes características:    1. Capacidad de al menos 100 litros    2. Estante superior e inferior, ajustable. | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Puerta:    1. Automática    2. Deslizamiento vertical    3. Sistema de seguridad que impida la apertura de la puerta durante el periodo de esterilización. | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Dos (2) bandejas o charolas de acero inoxidable. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) máquina selladora para bolsas plásticas | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) incubadora para control biológico | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Tres (3) rollos de papel para impresora | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dispositivo (casete o ampolla) de peróxido de hidrógeno para treinta (30) ciclos de esterilización | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tres (3) rollos de papel y plástico de diferentes tamaños compatibles con la selladora suministrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diez (10) controles biológicos compatible con la incubadora suministrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cinco (5) cintas testigo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimientos adicionales** | |  |  |  | |  |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Instalación** | |  |  |  | |  |
| 1. Circuito de alimentación eléctrica individual y con protección térmica, de acuerdo a recomendación del fabricante. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (calibración, verificación de controles y funciones del equipo). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de ciclo de esterilización completo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de efectividad del ciclo de esterilización haciendo uso de indicadores biológicos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485); ISO 9001 y/o EN 285 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Documentación que confirme la existencia de un sistema de gestión ambiental válido que cuente con la certificación ISO 14001 (Del fabricante del equipo ofertado) o equivalente, relativo a sistemas de gestión ambiental. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

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

| **2.2. ESTERILIZADOR ELÉCTRICO DE MESA DE 50 LITROS (CON GABINETE DE SOPORTE)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo para esterilizar instrumental, material sólido líquido y plástico. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Operación de forma manual o automática por medio de vapor auto generado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Controlado por microprocesador, con panel de control, selector de ciclos y sistema de autodiagnóstico para detección de fallas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de la cámara de 50 litros. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rango de presión de 0 a 30 PSI | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Llenado de cámara por gravedad. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad del tanque reservorio de 4 – 5 litros aproximadamente. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Controles de ciclo de esterilización automáticos o semi automáticos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Programas pre-establecidos para:    1. Vidrio,    2. Instrumental suelto,    3. Plástico,    4. Material poroso,    5. Líquidos,    6. Ciclo isotérmico o de baja temperatura. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Control de temperatura en un rango de 121 a 134°C. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Control de llenado de agua. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Luces indicadoras de encendidos y procesos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas visuales y audibles de:    1. Puerta mal cerrada,    2. Falla de temperatura de operación del ciclo,    3. Falla de presión de operación,    4. Falla durante el ciclo,    5. Bajo nivel de agua,    6. Falla en el suministro de energía. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Indicador visual y audible de fin de ciclo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitoreo de presión y temperatura de esterilización. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con pantalla digital para el despliegue de parámetros: tiempo, temperatura y presión como mínimo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dispositivo de seguridad para evitar apertura de puerta con la cámara presurizada, debe poseer válvula de seguridad para evacuar la presión en la cámara. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Generación de vapor por medio de resistencias eléctricas | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Función de paro de emergencia | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El equipo podrá apagarse automáticamente en caso de sobrecalentamiento | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Filtro HEPA o máximo 0.3 micrones para el ingreso de aire libre de partículas | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 208 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Potencia entre 4 a 6 KW | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. La unidad debe estar bien construida, cámara cilíndrica y puerta completamente de acero inoxidable, diseñada nominalmente para 50 PSI o mayor. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente y durable que permita limpieza típica hospitalaria. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para ser soportado sobre mesa. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Gabinete para soportar el equipo con las siguientes características:    1. Construido de acero inoxidable o material de características similares o superiores, estructura estable y resistente al uso de desinfectantes de uso hospitalario.    2. De dos puertas    3. Al menos un (1) entrepaño | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Charola o caja de acero inoxidable para colocar instrumental quirúrgico | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimientos adicionales** | |  |  |  | |  |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Instalación** | |  |  |  | |  |
| 1. Circuito de alimentación eléctrica individual y con protección térmica, de acuerdo a recomendación del fabricante. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (calibración, verificación de controles y funciones del equipo). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de ciclo de esterilización completo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de efectividad del ciclo de esterilización haciendo uso de indicadores biológicos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485); ISO 9001 y/o EN 285. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Documentación que confirme la existencia de un sistema de gestión ambiental válido que cuente con la certificación ISO 14001 (Del fabricante del equipo ofertado) o equivalente, relativo a sistemas de gestión ambiental. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

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

***GRUPO 3. EQUIPO, DISPOSITIVO O ACCESORIO PARA IMAGENOLOGÍA 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)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Con base de acero inoxidable empotrable a pared para colgar bata plomada y otros accesorios de protección radiológica | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Al menos dos (2) serchas móviles a ambos lados | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Deberá incluirse el servicio de instalación a pared. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Empotrable a pared | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de carga por sercha entre 8 a 12 kg. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fabricado en acero inoxidable. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada unidad | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***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** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Utilizado para el monitoreo fetal ante e intraparto. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tipo electrónico, microprocesado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla con tecnología basada en cristal líquido-transistor de película delgada (TFT-LCD), cristal líquido (LCD)o similar. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con transductor de ultrasonido para la medición de la frecuencia cardíaca fetal (FHR), con intensidad del ultrasonido menor a 10mW/cm2. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Medición y registro de frecuencia cardíaca: 50 o menor a 240 lpm o mayor. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Transductor con al menos 7 cristales para la detección de frecuencia cardiaca fetal | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Registro de eventos: Al menos veinticinco (25) incidencias. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue gráfico y numérico de la actividad uterina con registro de la detección del movimiento fetal en forma manual y automática. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con ECG para el feto y la madre | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con marcador de sucesos o eventos materno de forma manual | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Indicador visual de la calidad de la señal del latido fetal. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitoreo de parámetros maternos:    1. Electrocardiografía de tres o cinco electrodos.    2. Presión arterial no invasiva.       1. Sistólica       2. Media       3. Diastólica    3. Saturación de oxígeno (SpO2).    4. Monitoreo de temperatura materna. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Selección de límite superior e inferior para alarma de frecuencia cardíaca. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con impresor térmico de dos canales: uno para actividad (uterina) y otro para frecuencia cardiaca fetal con impresión de datos gráficos y alfanuméricos    1. Con las siguientes características:       1. Velocidad seleccionable de 1, 2 y 3 cm/min.       2. Registro de fecha, hora, datos del paciente, eventos.       3. Detección de Movimiento Fetal (FMD).       4. Registro de tocodinamometría. | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de alarmas visuales y audibles configurables por el usuario para: frecuencia cardíaca, indicador de pérdida de señal o señal insuficiente. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con interfaz para conexión con computadora o central de monitoreo, para colección de datos y almacenaje. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue en pantalla de parámetros de monitoreo materno y fetal en tiempo real. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de batería interna recargable, con autonomía de no menos de 60 minutos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado, grado hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Cumplimiento con Norma EN 60529, código IP, que asegure su utilización segura en Ambientes relativamente húmedos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectante de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) transductor de ultrasonido para la medición de la frecuencia cardíaca fetal. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Uno (1) Transductor para la detección de la actividad uterina mediante transductor de desplazamiento (tocotransductor) a prueba de agua. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cinturones reusables para sujeción de transductores. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Uno (1) Cable completo para electrocardiografía. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cien (100) Electrodos, auto-adheribles, para ECG, descartables. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Uno (1) Sensor de dedo para medición de saturación de oxígeno, reusable, para paciente adulto. Con su respectivo cable y conectores al monitor. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Uno (1) Brazalete reusables para paciente adulto. Con su respectiva manguera y conectores al monitor. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Uno (1) Brazalete reusables para paciente pediátrico. Con su respectiva manguera y conectores al monitor. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Uno (1) Pedestal móvil, de la misma marca del equipo o recomendado expresamente por el fabricante. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Accesorio para toma de presión intrauterina, incluyendo cable conector al equipo, adaptador y sensor. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cincuenta (50) sensores descartables para la toma de presión intrauterina. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, medición y funcionamiento. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pruebas de seguridad eléctrica con analizador de seguridad eléctrica. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo para toma de signos vitales: presión arterial NO invasiva (NIBP), temperatura (ótico o frontal), Saturación de Oxígeno (SPO2). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Medición simultánea de parámetros de presión arterial NO invasiva, temperatura y Saturación de Oxígeno. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que permita la conectividad con impresoras externas y con sistemas de registro médico electrónico de pacientes que utiliza el IGSS. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Módulos con memoria para almacenamiento de al menos 50 registros. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla    1. Pantalla LCD a color.    2. Dígitos de fácil visibilidad por el usuario | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Saturación de Oxígeno    1. Oximetría de pulso (Sp02).    2. Parámetros mostrados: porcentaje de saturación y frecuencia cardiaca    3. Frecuencia cardiaca en el rango aproximado de 25 a 240 BPM o más    4. Rango de la saturación de oxígeno: 0 a 100%.    5. Precisión Sp02: de 70 al 100 % ± 2 %. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Temperatura    1. Que permita la medición de temperatura vía ótica o frontal con transmisión digital al módulo    2. Tiempo mínimo para la medición de temperatura vía ótica o frontal: 5 segundos o menos    3. Rango mínimo de medición de temperatura: 25 – 43°C    4. Precisión de medida: 0.1°C.    5. Que permita la utilización de cobertores o capuchones descartables | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Presión Sanguínea No Invasiva (NIBP)    1. Rango de medición: 0 a 300 mmHg    2. Determinación de presión diastólica y sistólica    3. Rango de medición presión diastólica: 30 – 160 mmHg o mayor    4. Rango de medición presión sistólica: 50 – 250 mmHg o mayor    5. Tiempo mínimo de medición. 15 segundos    6. Límite de sobrepresión: 300 mmHg o mayor | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de batería interna recargable, con autonomía de no menos de 60 minutos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado, grado hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Soporte rodable (5 rodos) para módulo de medición de SPO2, NIBP y temperatura, con canasta para guarda de accesorios | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectante de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. UPS con regulador de voltaje incorporado con capacidad de respaldo de 180 minutos o más. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) memoria USB con almacenamiento mínimo de 64 GB | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Pulsioximetría: Un (1) sensor reusable de adulto para dedo, con un cable-conector al equipo, como mínimo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Juego de brazaletes reusables para medición de presión no invasiva de los siguientes tamaños:    1. Cinco (5) brazaletes para adulto S    2. Cinco (5) brazaletes para adulto M    3. Cinco (5) brazaletes para adulto L    4. Cinco (5) brazaletes para adulto XL | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Temperatura: 1000 puntas de medición descartables para termómetro, o 1000 fundas descartables, cualquiera de las dos debe ser para toma de temperatura. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. En caso que el equipo posee impresora interna deberá suministrarse cinco (5) rollos de papel termo sensible. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Conectividad** | |  |  |  | |  |
| 1. Que permita conectar con lector de código de barras | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Deben poseer puertos USB y serial para conectar impresoras externas | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con puerto para conexión a computadora o estación de monitoreo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir todos los cables necesarios para su interconexión del equipo y la red del IGSS | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles, alarmas y funciones del equipo). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue de datos alfanuméricos de saturación de oxígeno, presión no invasiva y temperatura. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo electromecánico de soporte de vida para apoyo ventilatorio para paciente pediátrico y adulto que tiene comprometida la función respiratoria. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Equipo controlado por microprocesador. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla con tecnología TFT, LCD o LED. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compresor o turbina incorporada para proporcionar aire comprimido. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Conexión externa para fuente de oxígeno y aire comprimido. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de proporcionar mezcla de FiO2. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de seguridad electrónico o mecánico para evitar presiones altas en los pulmones y vías aéreas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de funcionar en traslados intrahospitalarios. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reguladores de presión de las fuentes de alimentación neumáticas integrados o ínter-construidos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Nebulizador interno e integrado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fácil de manejar con seguro de teclado o secuencia de pasos que evite modificaciones accidentales o controles que impida cambios accidentales o no deseados. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Programa en idioma español. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Función de auto-prueba o autodiagnóstico del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Indicador de horas de servicio. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Silenciador temporal de alarmas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Transductores de flujo y válvulas de exhalación deberán de ser del tipo reutilizable e incorporados al equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Operación:    1. Controlado por volumen y presión.    2. Al menos los siguientes modos de ventilación:       1. Asistido-Controlado (volumen y presión)       2. SIMV,       3. CPAP,       4. Presión soporte       5. Ventilación controlada por volumen regulada por presión (PRVC) o similar.    3. Preferentemente, debe permitir el desarrollo de oxigenoterapia de alto flujo [High-flow nasal oxygen (HFNO)].    4. Ventilación de respaldo en caso de apnea.    5. Sensibilidad de disparo ajustable.    6. Que guarde datos en memoria y tendencia de al menos 12 horas de los siguientes parámetros como mínimo:       1. FiO2       2. Volumen Minuto       3. Volumen Tidal       4. Presión Positiva al Final de la Espiración (PEEP) | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Controles para al menos:    1. FiO2.    2. Relación inspiración-espiración (I/E).    3. Límite de presión máxima.    4. Presión positiva al final de la espiración (PEEP): 0 a 20cmH2O o mayor.    5. Volumen corriente: 20 ml o menor a 2000 ml.    6. Tiempo inspiratorio: 0.1 seg o menor a 3 seg.    7. Frecuencia respiratoria: En un rango aproximado de un valor menor o igual a 5 respiraciones/minuto o superior a 99 respiraciones/minuto.    8. Sensibilidad de disparo por presión: En el rango de -10 a -0.50 cmH2O. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas:    1. Baja de volumen minuto.    2. Alta y baja frecuencia respiratoria o de apnea.    3. Alta y baja de presión inspiratoria.    4. Alta y baja de la fracción inspirada de oxígeno (FiO2.).    5. Inadecuada presión en el suministro de gas (fugas).    6. Ventilador inoperante o falla del ventilador.    7. Batería baja.    8. Falla de suministro de energía eléctrica. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitoreo digital de parámetros:    1. Volumen tidal.    2. Volumen minuto programado y espontáneo.    3. Relación I:E.    4. Tiempo inspiratorio.    5. Presión positiva al final de la espiración.    6. Presión pico.    7. Presión media.    8. Presión de meseta.    9. Fracción inspirada de oxígeno FiO2    10. Indicador de modo de ventilación.    11. Visualización de forma de onda de volumen, forma de onda de presión y forma de onda de flujo. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de baterías recargables, de soporte para ventilador y fuente de aire, con una duración de 60 minutos o mayor. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho), grado hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías interno e integrado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cambio automático de suministro de energía eléctrica de línea de alimentación AC a baterías en caso de falla y viceversa. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de compensación de fugas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Grado de protección de acuerdo a ANSI-IEC 60529: Al menos IP 21 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montaje en soporte móvil. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Soporte móvil con sistema de fijación y anclaje del Ventilador, que permita el montaje y transporte seguro del equipo y sus accesorios, con frenos en al menos dos de sus cuatro rodos. De la misma marca del equipo o el indicado en catálogo del fabricante del Ventilador mecánico pediátrico/adulto. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Soporte móvil. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Treinta (30) Circuitos descartables completos(1) (desechables) para paciente adulto.   (1) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Treinta (30) Circuitos descartables completos(2) (desechables) para paciente pediátrico.   (2) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diez (10) Máscaras para ventilación no invasiva (desechables) para paciente adulto, en los siguientes tamaños:    1. Tres (3) pequeños (Talla S)    2. Cuatro (4) medianos (Talla M)    3. Tres (3) grandes (Talla L) | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) pulmón de prueba que permita el uso en función pediátrica y adulto. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) manguera para alta presión para Oxígeno (3 metros) compatible con conector de red de gases del establecimiento o con los cilindros utilizados en caso de no existir o funcionar red centralizada de gases. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) manguera para alta presión para Aire Comprimido (3 metros) compatible con conector de red gases del establecimiento o con los cilindros utilizados en caso de no existir o funcionar red centralizada de gases. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Uno (1) brazo soporte para circuito de paciente. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) humidificador activo servo-controlado (120VAC, 60Hz, 1 Fase), montado al equipo y todos los accesorios que permitan su adecuado funcionamiento e interconexión con Ventilador. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cámaras adultos para humidificador, reutilizables. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cámaras pediátricas para humidificador, reutilizables. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas del Ventilador mecánico pediátrico-adulto. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles y funciones del equipo). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de parámetros ventilatorios. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de correcto funcionamiento de los dispositivos de monitoreo y los sistemas de alarma. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de parámetros ventilatorios: volumen tidal, presión de flujo inspiratorio pico, PEEP, flujo inspiratorio pico, flujo espiratorio pico y temperatura; haciendo uso de un analizador para medición de parámetros ventilatorios. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo.   *Considerando la situación de emergencia de salud pública actual, se aceptará la Autorización de Uso de Emergencia (EUA).* | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | ▢ | ▢ |  | |  |
| 1. Demostrar cumplimiento con los siguientes estándares:    1. ISO 80601-2-12: 2020 Equipos electromédicos - Parte 2-12: Requisitos particulares de seguridad básica y rendimiento esencial de los ventiladores de cuidados intensivos.    2. ISO 80601-2-74: 2017 Equipos electromédicos - Parte 2-74: Requisitos particulares para seguridad básica y desempeño esencial del equipo de humidificación respiratoria.    3. ISO 80601-2-79: 2018 Equipos electromédicos - Parte 2-79: Requisitos particulares para seguridad básica y rendimiento esencial del equipo de soporte ventilatorio para problemas de ventilación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

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

***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 entrepaños. | 4 | 8 |
| 6.7. | Carro porta-expedientes clínicos (para 10 expedientes) | 2 | 0 |

| **6.1. CAMA - CAMILLA GINECOOBSTÉTRICA** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Cama-camilla utilizada para procedimientos gineco obstétricos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Respaldo articulable y de inclinación regulable hasta 75°. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con trendelemburg de al menos 10°. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Barandas laterales desmontables o abatibles. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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 conductivo u otro material anti pelusa. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. La colchoneta deberá ajustarse a las diferentes secciones y divisiones de la cama. (seccionada) | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Modo de accionamiento, hidráulico o manual | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Debe permitir el uso seguro para que la paciente desarrolle el trabajo de parto en al menos las siguientes posiciones:    1. Acostada,    2. Sentada erecta,    3. Paciente soportada en cuatro puntos (rodilla-codos),    4. Paciente en cuclillas, y    5. Litotomía con pierneras. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Debe permitir la colocación de los accesorios indispensables en procedimientos ginecoobstétricos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho: 95-105 cm    2. Largo: 200-210 cm    3. Altura ajustable en el rango: 60 hasta 85 cm | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad mínima de carga de al menos 160 kg. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura fabricada en acero, con tratamiento anticorrosivo, de calibre capaz de soportar al menos el límite de capacidad máxima de carga requerido. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie de la cama construido de lámina de acero estructural con superficie de lámina cribada (no resortes). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) juego de pierneras regulables (apoya piernas) | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) juego de manubrios o asideros laterales | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) juego de apoyapiés | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) atril porta suero | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) bandeja de recolección de líquidos | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pruebas de funcionamiento y verificación de movimientos del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de funcionamiento eléctrico con respaldo con baterías. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema electro-hidráulico o electro-mecánico para ajuste de posiciones, con capacidad de carga de al menos 80 Kg. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Posiciones permitidas:    1. elevación de altura de superficie de cuna    2. elevación de respaldo,    3. elevación de rodillas o de muslos o de pies    4. Trendelemburg y antitrendelemburg. | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Elevación de respaldo: De 0 a 40 grados como mínimo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Elevación de rodillas: De 0 a 30 grados como mínimo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Movimientos Trendelemburg y Trendelemburg invertido de al menos (+12 / -12 grados) ó mayor rango. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ajuste de altura de al menos de 40 a 74 cms o más. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de freno y direccionamiento centralizado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cabecera y piecera 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para los atriles de las soluciones endovenosas y otros accesorios debe tener dos orificios en ambos respaldares. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todas las funciones controladas eléctricamente mediante control de operario en posición accesible. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de bloqueo de los movimientos eléctricos | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con indicador de falla de energía y estado de batería | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado, grado hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Dimensiones** | |  |  |  | |  |
| 1. Ancho: 70 – 95 cm, +/-5 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Largo: 140 - 175 cm., +/-5 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Altura:74 - 94 cm, +/-5 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con acabados de soldaduras corridas y continuas (aplica si la cuna posee soldaduras). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura, fuerte, resistente y acabados con pintura epóxica. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con guarda golpes de hule en el contorno o en las esquinas del somier. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios y equipos adicionales que sean necesarios para el óptimo funcionamiento del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) soporte para cilindro tipo E | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de baterías recargable. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) control eléctrico manual para paciente, de repuesto. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pruebas de funcionamiento y verificación de movimientos del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Utilizada para pacientes pediátricos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Posiciones permitidas: elevación de altura de superficie de cuna, de respaldo y de pies. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Elevación del lado de la cabecera ajustable, como mínimo a 40° y elevación de pies aproximadamente 30°. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. La cuna debe tener porta expediente. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Dimensiones aproximadas** | |  |  |  | |  |
| 1. Largo aproximado: entre 150 cm., +/-10 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ancho: aproximadamente entre 80 cm., +/-10 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Altura hasta barandales: 120 cm., +/-10 | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con acabados de soldaduras corridas y continuas (aplica si la cuna posee soldaduras). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con guarda golpes de hule en toda la orilla. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios y equipos adicionales que sean necesarios para el óptimo funcionamiento del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pruebas de funcionamiento y verificación de movimientos del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

| **6.4. SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE PEDIÁTRICO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Silla equipada con ruedas para su uso como medio de transporte para niños que no pueden caminar como resultado de una enfermedad, lesión o discapacidad. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compuesta por:    1. Asiento.    2. Ruedas traseras y delanteras.    3. Reposa brazos.    4. Reposa pantorrillas.    5. Reposa pies. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que permita plegarse, mediante sistema fácil que garantice su estabilidad una vez armada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reposa brazos acolchados. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reposa pantorrillas acolchados y desmontables. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reposa pies abatibles. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con empuñaduras anatómicas para empuje incorporados a la estructura de la silla. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Marco plegable fabricado de acero al carbón o acero cromado, de alta resistencia. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tapicería acolchonada del asiento, del reposa brazos y del reposa pantorrillas, en vinilo (cuerina), antialérgico, lavable. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reposa pies en aluminio. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ruedas delanteras laterales, giratorias, macizas fabricadas en goma o caucho, de 20 cm de diámetro como mínimo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ruedas con marcos sólidos, preferiblemente metálicos, que soporten la carga mínima requerida. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Marco, tapicería y material de fabricación de las ruedas, resistentes a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad máxima de carga: Al menos 150 libras (68 kilos) | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del asiento:    1. Ancho: 40 a 45 cm    2. Profundo: 40 a 45 cm | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas de la silla:    1. Altura del respaldo respecto al asiento: 45 cm    2. Altura de la silla del piso al nivel superior del respaldo: 80 cm | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) juego de cinturones para cadera y torácico de alta resistencia. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada silla. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de movimientos de cada silla. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

✦ 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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Mesa de trabajo en acero inoxidable para uso en farmacia hospitalaria. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con refuerzo estructural tubular o angular en “H” que una las cuatro patas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con regatones niveladores en las patas de la mesa. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Superficie o top de al menos 1.5” (3.8 cm) de grosor (alto). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie o top en acero inoxidable, acabado pulido, calibre 16 o superior, tipo AISI 304. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura tubular o angular, fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas de la mesa    1. Ancho: 80 cm    2. Largo: 180 cm    3. Altura: 85 cm | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada unidad. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

| **6.6. CARRO DE TRANSPORTE PARA ALIMENTACIÓN DE ACERO INOXIDABLE DE 2 ENTREPAÑOS.** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Utilizada para el transporte de raciones de alimentación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. De dos (2) estantes fabricado en acero inoxidable. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Soportes tipo maneral. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho : 60 - 80 cm    2. Largo: 100 - 120 cm    3. Alto : 80 - 90 cm | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estantes con reborde. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cuatro (4) ruedas giratorias de caucho de alta resistencia, para uso pesado y que no acumule pelusa. Al menos dos (2) con frenos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ruedas de al menos 15 cm de diámetro | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con depósito para residuos | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente a la corrosión y resistente a la aplicación de productos químicos de limpieza de uso normal en Alimentación y Dietas | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con parachoques | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carro cerrado con doble fondo (para conservación térmica de los alimentos). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con puertas abatibles. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con halador o manubrio para empujar o movilizar el carro. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Materiales** | |  |  |  | |  |
| 1. Construido en acero inoxidable tipo AISI 304 o 316, calibre No. 16. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada carro | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

| **6.7. CARRO PORTA-EXPEDIENTES CLÍNICOS (PARA 10 EXPEDIENTES)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro auxiliar para el transporte de historias clínicas en tamaño carta (8.5” × 11”) en áreas de hospitalización | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con capacidad para albergar diez (10) carpetas porta-expedientes o porta-cuadrículas, con sus respectivas divisiones para la colocación de cada carpeta. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema que mantenga los porta-expedientes o porta-cuadrículas en su sitio al desplazar el carro. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cuatro rodos resistentes. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para empujar el carro debe tener asidero adecuadamente ubicado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura de la mesa en lámina de acero inoxidable calibre 20 o superior tipo AISI 304 que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos antipelusa (de preferencia tipo bola) fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas    1. Ancho: 45 cm    2. Profundo: 35 cm    3. Altura: 95 cm    4. Diámetro de los rodos: 5 a 7 cm | | ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Diez (10) porta-expedientes o porta-cuadrículas de acero inoxidable, tamaño carta. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada carro porta-expediente. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***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** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Asiento y respaldo reclinable, completamente acolchonado con reposapies, apoyabrazos y apoyacabeza para uso hospitalario de alto tráfico. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones: 2. Ancho de 60 a 70 cm   (se aceptarán variaciones de +/- 1cm).   1. Deberá indicar todas las dimensiones del ítem incluyendo la longitud extendida, y longitudes medias según los ángulos de reclinación. | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Acabados de materiales durables de alta calidad y antimicrobiales (presentar certificado) | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Auto soportado y construido de material resistente que asegure la estabilidad y comodidad del usuario al colocarlo en distintas posiciones. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Podrá presentar opción de patas fijas con material antideslizante. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada unidad. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de movimientos del mueble | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Certificado vigente de buenas prácticas de fabricación ISO o similar | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado ANSI/BIFMA o similar | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

| **7.2. ESTANTE METÁLICO DE 4 ENTREPAÑOS, REFORZADO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Módulo de estantería reforzada tipo “picking” de uso pesado, para el almacenamiento de cajas de medicamentos de diferentes dimensiones y pesos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Entrepaños: 2. Fabricado en madera aglomerada. 3. Ajustables en altura. 4. Con travesaños de refuerzo en sentido perpendicular de los estantes. | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Parales, postes y tensores deben ser modulados de tal manera de facilitar el acceso y el almacenamiento, en esquinas inclusive. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones: 2. Profundo: 40-50 cm 3. Largo: 90-100 cm 4. Alto: 200 cm | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Deberá garantizar que puede soportar al menos 100 kg distribuidos uniformemente por entrepaño. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con regatones de plástico en cada una de las patas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estantes en madera aglomerada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Parales, postes y tensores fabricados en acero o acero galvanizado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada unidad. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Certificado vigente de buenas prácticas de fabricación ISO o similar | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***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”)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fabricada de materiales con propiedades termoplásticas como el cloruro de polivinilo y nylon entretejido, y con sustancias antibacterianas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. En colores que combinen con los oficiales de la institución. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. La cortina no deberá producir ningún tipo de carga electrostática con la finalidad de evitar interferencias con los equipos médicos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. De fácil limpieza y resistente al uso de desinfectantes hospitalarios o el recomendado por el fabricante. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que incluya sistema de rieles:    1. Montados en techo    2. Fabricados en aluminio o mejor material    3. Diseñado para uso pesado    4. Con ganchos deslizables para colgar la cortina    5. Que permita un rápido desmontaje para limpieza.    6. Que incluya sistema de fijación para mantener la cortina plegada. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el bien. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Condiciones de instalación** | |  |  |  | |  |
| 1. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios que sean necesarios; así como incluir todos los trabajos de instalación necesarios. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para cada espacio de atención considerar las siguientes dimensiones:    1. Para un eje lineal (a lo largo de las camas) con un recorrido de 220 cm +/- 2% (incluyendo la curvatura)    2. Un recorrido en eje transversal (al frente del piecero de cama) de 245 cm +/- 5% (incluyendo la curvatura).    3. La altura disponible en el proyecto de cielo falso al piso de 240 cm. | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Considerar material adicional de 10%. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

| **8.2. CORTINA ANTIBACTERIAL LATERAL** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Cortina de una pieza que permita en su recorrido (lineal) cubrir y descubrir una parte lateral de un puesto de encamamiento. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fabricada de materiales con propiedades termoplásticas como el cloruro de polivinilo y nylon entretejido, y con sustancias antibacterianas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. En colores que combinen con los oficiales de la institución. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. La cortina no deberá producir ningún tipo de carga electrostática con la finalidad de evitar interferencias con los equipos médicos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. De fácil limpieza y resistente al uso de desinfectantes hospitalarios o el recomendado por el fabricante. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que incluya sistema de rieles:    1. Montados en techo    2. Fabricados en aluminio o mejor material    3. Diseñado para uso pesado    4. Con ganchos deslizables para colgar la cortina    5. Que permita un rápido desmontaje para limpieza.    6. Que incluya sistema de fijación para mantener la cortina plegada. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el bien. | |  |  |  | |  |
| **Condiciones de instalación** | |  |  |  | |  |
| 1. Para cada espacio de atención considerar las siguientes dimensiones (+/- 10%):    1. Para un eje lineal (a lo largo de las camas) con un recorrido de 220 cm +/- 2%.    2. La altura disponible en el proyecto de cielo falso al piso es de 240 cm. | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Considerar material adicional de 10%. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |