# **Anexo C - Formulario de presentación de oferta técnica**

1. **Resumen de los requerimientos**

Los requerimientos de UNOPS están compuestos de los siguientes grupos de lotes:

* **Grupo 1.** Electrodomésticos y equipo de apoyo
  + Lote 1.1. Refrigeradora doméstica de 12 pies cúbicos
  + Lote 1.2. Cortadora de tela y gasa
  + Lote 1.2. Termocámara de control de acceso
* **Grupo 2.** Equipo o Consumible de ventilación y oxigenoterapia
  + Lote 2.1. Ventilador de alta frecuencia oscilatoria para uso en pacientes pediátricos y neonatales
  + Lote 2.2. Ventilador mecánico pediátrico-adulto
  + Lote 2.3. Casco/Escafandra/Capucha para Ventilación No Invasiva (VNI)/Terapia de Presión Positiva Contínua en las Vías Aéreas (CPAP) para paciente pediátrico
* **Grupo 3.** Equipo, dispositivo o accesorio de apoyo para imagenología médica diagnóstica
  + Lote 3.1. Pantalla para estudios radiológicos
* **Grupo 4.** Equipo, dispositivo o accesorio para monitoreo o diagnóstico médico especializado
  + Lote 4.1. Monitor fetal
* **Grupo 5.** Mobiliario administrativo
  + Lote 5.1. Banco de trabajo para taller de mantenimiento
  + Lote 5.2. Cesto para papeles
  + Lote 5.3. Sillón para acompañante
  + Lote 5.4. Estante metálico de 4 entrepaños, reforzado
* **Grupo 6.** Mobiliario clínico
  + Lote 6.1. Banco giratorio de acero inoxidable
  + Lote 6.2. Carro para transporte de ropa sucia
  + Lote 6.3. Colchón viscoelástico antiescaras
  + Lote 6.4. Silla de ruedas para paciente pediátrico

1. **Especificaciones técnicas para los bienes y tabla comparativa de datos**

***[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 equipos o accesorios ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

**Grupo 1.** **Electrodomésticos y equipo de apoyo**

| **LOTE 1.1. Refrigeradora doméstica de 12 pies cúbicos** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Refrigerador con congelador ubicado en la parte superior. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 2. Panel de control de temperatura manual interno. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 3. Con iluminación interior tipo LED. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 4. Tipo de enfriamiento: Sin escarcha. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 5. Gabinete:  a. De dos puertas superior e inferior.  b. Capacidad mínima de 339 litros (12  pies cúbicos)  c. Con compartimientos internos para el almacenamiento de botellas de vidrio, verduras, carnes. | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 6. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 7. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho, la longitud del cable deberá ser de al menos 150 cm). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 8. Que demuestre contar con eficiencia energética al menos clase A++. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 9. Gabinete vertical. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 10. Estructura auto-soportada al piso. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 11. Montado sobre al menos dos (2) patas niveladoras, preferiblemente que posea rodos de hule caucho o metal que faciliten su desplazamiento. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 12. Cierre hermético. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 13. Con control de flujo de aire. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 14. Con al menos dos (2) estantes interiores de cristal templado, altura ajustable, abiertos para permitir la homogeneización de temperatura en el interior del gabinete. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 15. Con al menos una (1) gaveta. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 16. Sistema de refrigeración y de aislamiento térmico libre de CFC, HCFC. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 17. El material de construcción del gabinete deberá ser:  a. Exterior: Acero inoxidable, acero con  acabado en pintura electrostática al horno, o material similar de alta  calidad que asegure durabilidad,  seguridad, estabilidad, resistencia a  la corrosión.  b. Interior: Acero inoxidable, acero  galvanizado, aluminio anodizado,  acero con acabado en pintura  electrostática al horno o material  similar de alta calidad que asegure  durabilidad, seguridad, estabilidad,  resistencia a la corrosión. | | ▢  ▢ | ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 18. Inspección de la integridad física del refrigerador. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 19. Prueba de encendido y funcionamiento. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 20. Sistema de gestión de calidad general (ISO 9001). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Garantía** | |  |  |  | |  |
| 21. Garantía por desperfectos de fabricación no menor a un año y medio (1.5). | | ▢ | ▢ | [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] |

| **LOTE 1.2. CORTADORA PARA TELA Y GASA** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Para cortar algodón y gasa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Altura de corte entre 5.0 cm. y 7.5 cm. aproximadamente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cuchilla circular vertical. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Velocidad: 3500 RPM. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de afilado de cuchilla incorporado (integrado). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cubierta protectora de seguridad para dedos, metálica o equivalente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Equipo de mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Base de acero inoxidable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Bajo nivel de ruido. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Dos (2) cuchillas de repuesto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, de corte y afilado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001) o marcado 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] |

| **LOTE 1.3. TERMOCÁMARA DE CONTROL DE ACCESO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **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. Cámara térmica de red bi-espectro. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compresión de video: H.265/h.264/mpeg. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Distancia focal: 2. 6.2 mm modo térmico. 3. 8 mm modo óptico. | | **□**  **□** | **□**  **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Distancia mínima de enfoque: 0.6 m. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Iluminación: 2. 0.0089 color. 3. 0.0018 blanco y negro. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rango de temperatura: 30 a 45 °C. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resolución de imagen: 2. 160 x 120 modo térmico. 3. 2688 x 1520 modo óptico. | | **□**  **□** | **□**  **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sensibilidad: 2. Térmica. 3. óptica. | | **□**  **□** | **□**  **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sensor de imagen: 1/2.7 pulgadas. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tipo de cámara: Bala o domo. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica (adaptador AC/DC): 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Nivel de protección: Ip66. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Anclaje a pared. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios** | |  |  |  | |  |
| 1. Monitor de 40” (considerar sistema de anclaje a pared mediante rack) | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Deberá incluirse software de instalación a PC | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El suministrante deberá incluir en su oferta todos los accesorios y materiales (como cable HDMI) adicionales que sean necesarios para el óptimo funcionamiento del equipo; así como incluir todos los trabajos de preinstalación e instalación necesarios para poner en funcionamiento el equipo. Deberá incluir todos los trabajos de configuración | | **□** | **□** | [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. | | **□** | **□** | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad ISO 9001 o marcado 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] |
| Garantía mínima de 1 año. Con soporte local para el producto por medio de un distribuidor autorizado o con el fabricante. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

**Grupo 2.** **Equipo o Consumible de ventilación y oxigenoterapia**

| **LOTE 2.1. VENTILADOR DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA PARA USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y NEONATALES** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **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 pacientes pediátricos y neonatales que tienen comprometida la función respiratoria. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Mezclador de aire-oxígeno interno o integrado de la misma marca del ventilador.   *(Se aceptarán mezcladores recomendados expresamente por el fabricante del ventilador, identificados en documentación técnica).* | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Generador de oscilación por pistón, membrana o sistema equivalente. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Perilla selectora, física o en pantalla táctil, para el ajuste de los valores de todos los parámetros de control. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Indicador de horas de uso. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Función de auto-prueba o autodiagnóstico del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Operación que permita el desarrollo de ventilación oscilatorio de alta frecuencia [HFOV]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Control para al menos:    1. Presión media en las vías aéreas que cubra el rango de 5 a 50 cmH2O (o rango más amplio)    2. Frecuencia de oscilación de 5 a 20 Hz (o rango más amplio)    3. FiO2 que cubra el rango de 21 a 100%.    4. Flujo base que cubra el rango de 0 a 40 l/min (o rango más amplio).    5. Porcentaje de tiempo inspiratorio que cubra el rango de 30 a 50% (o rango más amplio), con relación I a E (I:Ehf) de 1:1 a 1:3.    6. Amplitud de presión de alta frecuencia (Ampl hf) que cubra el rango de 5 a 90 cmH2O (o hPa o mbar).    7. Amplitud de presión máxima en ventilación de alta frecuencia (HFO) con volumen garantizado (VG) de 5 a 90 cmH2O (o hPa o mbar).    8. Volumen tidal (VThf) de 0.2 a 40ml con opción de volumen garantizado.    9. Centrado manual o automático de la amplitud o del pistón.    10. Inicio o paro de oscilación. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Parámetros monitorizados:    1. Presión media en las vías aéreas.    2. Frecuencia respiratoria (Hz).    3. Porcentaje de tiempo inspiratorio (%) o relación I:E.    4. Amplitud (cmH2O o mbar).    5. Volumen tidal.    6. Desplazamiento del pistón (en caso de que la tecnología lo requiera).    7. Medidor de tiempo transcurrido. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas:    1. Audibles y visuales.    2. Presión media (alta y baja).    3. Oscilador detenido.    4. Baja presión del suministro de gases.    5. Falla de suministro de energía eléctrica.    6. Batería baja.    7. Silencio de alarma.    8. Ventilador inoperante o falla del ventilador. | | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho), grado hospitalario. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 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. Diez (10) Circuitos descartables completos(1) (desechables) para paciente pediátrico-neonatal.   (1) Debe incluir adaptadores y conectores, tapones, diafragmas, tubos de conexión y trampas de agua en caso que se requieran. | | ▢ | ▢ | [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. Uno (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 de alta frecuencia oscilatoria para uso en pacientes pediátricos y neonatales. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cámaras para humidificador, paciente pediátrico, reutilizables. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cámaras para humidificador, paciente neonatal, 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 de alta frecuencia oscilatoria para uso en pacientes pediátricos y neonatales. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo.   *Considerando la situación de emergencia de salud pública actual, se aceptará la Autorización de Uso de Emergencia (EUA).* | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles y funciones del equipo). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de parámetros ventilatorios. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de correcto funcionamiento de los dispositivos de monitoreo y los sistemas de alarma. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de parámetros ventilatorios. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ 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.***

| **LOTE 2.2. 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. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Demostrar cumplimiento con los siguientes estándares:    1. ISO 80601-2-12: 2020 Equipos electromédicos - Parte 2-12: Requisitos particulares de seguridad básica y rendimiento esencial de los ventiladores de cuidados intensivos.    2. ISO 80601-2-74: 2017 Equipos electromédicos - Parte 2-74: Requisitos particulares para seguridad básica y desempeño esencial del equipo de humidificación respiratoria.    3. ISO 80601-2-79: 2018 Equipos electromédicos - Parte 2-79: Requisitos particulares para seguridad básica y rendimiento esencial del equipo de soporte ventilatorio para problemas de ventilación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **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.***

| **LOTE 2.3. CASCO/ESCAFANDRA/CAPUCHA PARA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI)/TERAPIA DE PRESIÓN POSITIVA CONTÍNUA EN LAS VÍAS AÉREAS (CPAP) 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. Casco/escafandra/capucha totalmente transparente, libre de látex y de materiales tóxicos o alergénicos | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con visor en el casco/escafandra/capucha de utilidad para personal asistencial | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tamaño para uso en pacientes pediátricos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que cubra completamente la cabeza del paciente | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que permita el desarrollo de terapias mientras el paciente se encuentra en posición supina y fowler. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sello para evitar fugas de aire del interior del casco/escafandra/capucha, que se ajuste a la zona del cuello del paciente, de material libre de materiales tóxicos o alergénicos. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de sujeción, preferiblemente correas ajustables a hombros-axilas. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con dos (2) puertos de acceso que permitan la conexión, según se requiera en la terapia de:    1. Válvula PEEP ajustable.    2. Filtro viral y bacterial.    3. Rama inhalatoria y exhalatoria de ventilador (diámetro: 22mm y 15mm o que incluye adpatador reusable y esterilizable adulto/pediátrico - neonatal para los dos diámetros) y/o suministro de oxígeno de baja presión. | | ▢  ▢  ▢ | ▢  ▢  ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con puerto de acceso con su respectivo sello, para sondas o catéteres de diferentes lúmenes. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Una (1) válvula PEEP ajustable. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) accesorio para control de flujo, tipo venturi, con capacidad para conexión a flujómetro de oxígeno de 0-15 lpm. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) filtro viral y bacterial con una eficiencia de retención ≥ 99.999% | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) set para sujeción. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) set de adaptadores de conexión para tubos de ventilación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con tapones para los oídos que permitan controlar el ruido al interior del casco/escafandra/capucha. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Manguera de baja presión para suministro de oxígeno. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos aquellos accesorios requeridos para el desarrollo de VNI/CPAP. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA] y/o la Comunidad Europea [CE]. | | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ 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 de apoyo para imagenología médica diagnóstica**

| **5.1 PANTALLA PARA ESTUDIOS RADIOLÓGICOS** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Pantalla para la presentación de imágenes para el diagnóstico médico obtenidas mediante radiología digital directa, radiología computarizada, u otra técnica de imagenología radiológica. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla para conexión directa a equipo de imagenología, como parte de una red de equipos, un PACS. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitor de alta resolución:    1. Monocromático.    2. Pantalla interactiva, preferiblemente táctil.    3. Tamaño ≥ 20”.    4. Resolución ≥ 1280 × 1024.    5. Relación de aspecto 16:9.    6. Brillantez ≥ 900 cd/m2    7. Razón de contraste ≥ 1000:1 | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue de información en pantalla, menús en idioma español o inglés. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Interfaz de comunicación y transferencia:    1. Entrada       1. 1 × Interfaz multimedia de alta definición (HDMI).       2. 1 × Interfaz visual digital (DVI).    2. Salida       1. 1 × DisplayPort 1.2. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compatibilidad con estándar de transmisión de imágenes médicas (DICOM). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Para montaje en pared. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de fijación y anclaje de la pantalla para estudios radiológicos, que permita el montaje en pared del equipo y sus accesorios. De la misma marca del equipo o el indicado en el catálogo del fabricante de la pantalla para estudios radiológicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada** | |  |  |  | |  |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas de la pantalla para estudios radiológicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles del equipo). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de interconexión con equipos de imagenología radiológica disponibles en cada uno de los sitios de instalación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de funciones interactivas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 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 con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS PROHIBIDA SU VENTA”, 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 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 fetal: 50 a 210 lpm o rango más amplio. | | ▢ | ▢ | [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 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.

**Grupo 5.** **Mobiliario administrativo**

| **LOTE 5.1. BANCO DE TRABAJO PARA TALLER DE MANTENIMIENTO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Banco de trabajo para técnico de mantenimiento de equipo médico o electromecánico. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie de trabajo plana. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con panel vertical perforado para organización de equipos y herramientas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos tres (3) tomacorrientes dobles polarizados de 120 VAC. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con tres (3) gavetas con llave, de al menos 15 cm de altura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con lámpara de luz LED de 20 Watts para iluminación del área de trabajo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Superficie o top de al menos 1.0” (2.5 cm) de grosor (alto). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie o top de material metálico con cubierta en material antideslizante, aislante y resistente a lubricantes, agua y polvo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Panel vertical perforado de acero con cubierta de pintura electrostática al horno, acero inoxidable, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura tubular o angular, de acero cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del banco de trabajo:    1. Ancho: 75 cm    2. Largo: 120 cm    3. Altura a superficie o top: 85 cm    4. Altura del panel perforado: 60 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada banco de trabajo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

| **LOTE 5.2. CESTO PARA PAPELES** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo/línea:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **Año de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |

| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | **Folio(s)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si** | **No** |
| 1 | Forma rectangular | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | [Inserte detalles] |
| 2 | Construido preferiblemente de lámina de acero calibre 22 acabado en pintura. | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | [Inserte detalles] |
| 3 | Medidas aproximadas: 50 x 30 x 50 cm. | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | [Inserte detalles] |
| 4 | Con tapadera accionada por pedal | ▢ | ▢ | [Inserte detalles] | [Inserte detalles] |
| 5 | Garantía: por materiales, mano de obra y funcionalidad no menor a un (01) año. | ▢ | ▢ | [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 PROHIBIDA SU VENTA”, 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] |

| **LOTE 5.3. 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] |
| **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] |

| **LOTE 5.4. 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 6.** **Mobiliario clínico**

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

| **LOTE 6.2. CARRO PARA TRANSPORTE DE ROPA SUCIA** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro con bolsa incorporada, utilizado para el almacenamiento temporal y transporte de ropa sucia. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos cuatro rodos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Marco circular o rectangular con manubrio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura metálica tubular de al menos 1” (2.54 cm) de diámetro, con cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con bolsa de tela plastificada, impermeable y lavables, desmontables, con sistema de fijación mediante sistema del tipo de argollas, con colores de uso en ámbitos hospitalarios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de freno en al menos dos ruedas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas aproximadas:    1. Diámetro del aro: 60 cm o 60 x 50 cm (si es rectangular)    2. Altura: 80 cm    3. Diámetro de los rodos: 10 a 15 cm | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Dos (2) bolsas extras de recambio, iguales a la incluida con el carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptará mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

| **LOTE 6.3. COLCHÓN VISCOELÁSTICO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **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. Colchoneta (almohadilla) posicionadora, anti-escaras, para uso en camas hospitalarias (para poner sobre colchón de cama). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que disminuya la presión en las áreas de apoyo de pacientes encamados por largos períodos de tiempo, permitiendo el mantenimiento de la piel y el tratamiento de úlceras. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Confortable y flexible para permitir las posiciones de uso en áreas de atención hospitalaria general, intermedia e intensiva: trendelemburg, anti-trendelemburg, fowler, semi-fowler, RCP, Silla cardíaca. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de fijación que mantenga la almohadilla posicionadora fija sobre el colchón de la cama hospitalaria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Fabricada en material tipo gel de polímero seco. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con características antimicrobianas, flexible, retardante al fuego, a prueba de fluidos (impermeable). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas de la colchoneta (almohadilla):    1. Largo: 195 cm    2. Ancho: 90 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Colchoneta (almohadilla) de al menos 1.5 cms de espesor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los materiales deberán ser resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que soporte un peso de paciente no menor a 200 kg. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de la colchoneta viscoelástica. | | □ | □ | [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] |

| **LOTE 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] |

1. **Requerimientos de entrega y tabla comparativa de datos:**

| **Requerimientos de UNOPS** | | **¿Cumple la oferta con los requerimientos?**  (El licitante debe completar esta columna) | **Detalles**  (El licitante debe completar esta columna) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plazo de entrega** | El licitante deberá suministrar los bienes dentro de un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario y empezará a contar a partir de la firma de la Orden de Compra generada por UNOPS. Dentro del tiempo de entrega, el Contratista deberá considerar la instalación, pruebas de funcionamiento y capacitaciones al personal usuario y técnico designado, con el objetivo que la Unidad Médica solicitante reciba un equipo instalado, funcional y en condiciones de uso por parte del personal. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |
| **Lugar de entrega y normas Incoterms** | La(s) entrega(s) se realizará(n) en las unidades del IGSS, definidas en la tabla **D. Distribución de cantidades entre consignatarios,** bajo la modalidad Incoterm DDP 2010. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |
| **Detalles sobre el consignatario** | Oficinas de UNOPS Guatemala ubicadas en 3a. Avenida 12-38 zona 10 Edificio Paseo Plaza, 3 Avenida, Ciudad de Guatemala | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |
| **Derecho de UNOPS de modificar cantidades** | En el momento de adjudicación del contrato, UNOPS se reserva el derecho de modificar la cantidad de los bienes relacionados especificados *supra*, siempre que la variación no supere un 20%, sin ningún cambio en los precios unitarios u otros términos y condiciones del llamado a licitación. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |