**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DIRECCIÓN GENERAL DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD**

1. **“Adquisición de Equipos Médicos para el Fortalecimiento de Unidades de Terapia Intensiva a Nivel Nacional para la atención de la COVID-19”**

**CÓDIGO DE PROCESO: MSYD/DGSS/CONV/N°001/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM: 1** | **CAMA ELECTRICA DE 5 MOVIMIENTOS** | | | **Cód.** | | **CANTIDAD: 49** |
| **MARCA:** | | | | **MODELO:** | | |
| **PAIS DE FABRICACION:** | | | | **AÑO FABRICACION:** | | |
| 1. **REQUISITOS BASICOS:** | | | | | | |
| **CARACTERISTICAS TECNICAS** | | | | | | |
| 1. UNIDAD ELECTROMECÁNICA RODABLE QUE FACILITA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRÍTICO, CON BASE RADIO TRANSPARENTE AL MENOS EN SECCIÓN DORSAL Y QUE PERMITE EFECTUAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS. CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS 2. CAMA CON SISTEMA ELÉCTRICO-HIDRÁULICO O ELÉCTRICO-MECÁNICO PARA SU OPERACIÓN 3. PANEL DE CONTROL INTEGRADO EN EL BARANDAL CON SISTEMA DE SEGURIDAD PARA RESTRICCIÓN DE SU OPERACIÓN POR EL PACIENTE 4. POSICIONES: 5. FOWLER 60° O MAYOR 6. TRENDELENBURG DE 12° O MAYOR 7. TRENDELENBURG INVERSO DE 12° O MAYOR 8. ALTURA AJUSTABLE QUE CUBRA EL RANGO 45 CM A 75 CM. O SUPERIOR 9. POSICIÓN MECÁNICA DE RCP A AMBOS LADOS DE LA CAMA, CON MOVIMIENTO SUAVE Y AMORTIGUADO 10. DIMENSIONES: 230 X 95 CM (LARGO X ANCHO) O SUPERIOR, CON CAPACIDAD DE EXTENDER EL LARGO DE LA CAMA. 11. CUATRO RUEDAS CON SISTEMA DE FRENADO Y DIRECCIONAMIENTO CENTRALIZADO 12. CON CUBIERTA RADIO TRANSPARENTE AL MENOS EN LA REGIÓN DORSAL Y QUE PERMITA EL ACCESO DEL ARCO EN “C” 13. BARANDALES DE MATERIAL RESISTENTE AL ALTO IMPACTO, ABATIBLES PERMITIENDO UNA TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE 14. PIECERA Y CABECERA DE MATERIAL RESISTENTE AL ALTO IMPACTO DESMONTABLES 15. MESA AUXILIAR RODABLE 16. CAPACIDAD DE CARGA DE APROXIMADAMENTE 220 KG 17. INCLUYE COLCHÓN DE POLIURETANO DE APROXIMADAMENTE 15 CM DE ESPESOR APROX, DE ALTA DENSIDAD CON DISEÑO PARA REDUCCIÓN DE PRESIÓN, ANTIESTÁTICO, CON RECUBRIMIENTO DE MATERIAL LAVABLE, REPELENTE A LÍQUIDOS, RETARDANTE AL FUEGO Y CON FUNDA REMOVIBLE PARA LAVADO 18. CON DOS PORTASUEROS | | | | | | |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGIA** | | | | | | |
| ALIMENTACIÓN 220 V, 50 HZ | | | | | | |
| **NORMATIVA A CUMPLIR** | | | | | | |
| ISO 13485 VIGENTE O IEC 6060-1, ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EL RESPALDO EN FOTOCOPIA A COLOR  REGISTROS O CERTIFICACIONES DE CALIDAD: EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA O MARCADO CE VIGENTES**, CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** | | | | | | |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | | | | | |
| * CATALOGO O FICHA TECNICA: ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EN FORMATO FISICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TECNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | | | | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR EL M.S.y D. * PLAZO: NO MAYOR 15 DIAS CALENDARIO * MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACION, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO * CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO | | | | | | |
| **GARANTIAS** | | | | | | |
| * 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCION DEL EQUIPO * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. EN CASO DE ADJUDICACION, SI EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES LO REQUIERE **EN LA RECEPCION** DEBERA PRESENTAR DOCUMENTACION DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACION) * GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON **COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A DOS AÑOS** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD * GARANTIA DE SERVICIO TECNICO: DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TECNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELEFONO DEL PERSONAL * GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS TRES AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES | | | | | | |
| **SOPORTE TECNICO DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL** | | | | | | |
| * MANTENIMIENTO PREVENTIVO**:** SEMESTRAL **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS** (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) SI SON NECESARIOS PARA LA PREVENCION DEL EQUIPO * MANTENIMIENTO CORRECTIVO: **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA, HERRAMIENTAS Y ELEMENTOS MENORES. EN EL CASO DE REPUESTOS LA COBERTURA CORRESPONDE SI LAS CAUSAS DEL MANTENIMIENTO SON LAS SEÑALADAS EN LA GARANTIA COMERCIAL.** LA ATENCION DEBERA SER MAXIMO EN **DOS DIAS CALENDARIO** Y LA REPARACION NO DEBE EXCEDER **7 DIAS CALENDARIO**, DESDE EL MOMENTO QUE SE NOTIFICO EN FISICO O EMAIL EL REQUERIMIENTO, SALVO EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS QUE AMERITARAN UN ANALISIS Y TRATAMIENTO ESPECIAL | | | | | | |
| **ITEM: 2** | **VENTILADOR MECÁNICO ESTACIONARIO** | | | **Cód.** | | **CANTIDAD: 49 PIEZAS** |
| **MARCA:** | | | | **MODELO:** | | |
| **PAIS DE FABRICACION:** | | | | **AÑO FABRICACION:** | | |
| 1. **REQUISITOS BASICOS:** | | | | | | |
| **CARACTERISTICAS TECNICAS** | | | | | | |
| 1. VENTILADOR MECÁNICO PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIATRICO. 2. DEBE GARANTIZAR FUNCIONAMIENTO A 4.000 METROS DE ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR, ADJUNTANDO CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO 3. PANTALLA TOUCH-SCREEN PARA MONITOREO Y CONFIGURACIÓN DE PARÁMETROS, DIMENSIÓN MÍNIMA DE LA PANTALLA 12" 4. CÁLCULO DE RESISTENCIA Y COMPLIANCE EN FORMA CONTINUA 5. CAPACIDAD DE EN MOSTRAR CURVAS EN SIMULTÁNEO (PRESIÓN, VOLUMEN Y FLUJO) 6. VISUALIZACION DE BUCLES PRESION-VOLUMEN Y FLUJO-VOLUMEN 7. REGISTRO DE LOS ÚLTIMOS EVENTOS Y ALARMAS 8. MONITORIZACIÓN DE CAPNOGRAFÍA 9. ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE 10. COMPENSACIÓN AUTOMATICA DE FUGAS.   **MODOS VENTILATORIOS**   1. VENTILACIÓN ASISTIDA CONTROLADA ( A/C CMV) O NOMENCALTURA DE ACUERDO A FABRICANTE 2. VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCONIZADA (SIMV) O NOMENCALTURA DE ACUERDO A FABRICANTE 3. VENTILACIÓN MADATORIA POR MINUTO (MMV) O NOMENCALTURA DE ACUERDO A FABRICANTE 4. VENTILACIÓN CICLADA POR VOLUMEN (VCV) O NOMENCALTURA DE ACUERDO A FABRICANTE 5. VENTILACIÓN CICLADA POR PRESIÓN (VCP) O NOMENCALTURA DE ACUERDO A FABRICANTE 6. PRESIÓN POSITIVA BIFÁSICA EN LA VÍA AÉREA (BIPAP) PRESIÓN CONTROL 7. PRESIÓN POSITIVA BIFÁSICA EN LA VÍA AÉREA (BIPAP) ASISTIDO O EQUIVALENTE 8. VENTILACIÓN CON LIBERACIÓN DE PRESIÓN (APRV) O NOMENCALTURA DE ACUERDO A FABRICANTE 9. PRESIÓN POSITIVA CONTINÚA EN LA VÍA AÉREA (CPAP) O NOMENCALTURA DE ACUERDO A FABRICANTE 10. PRESIÓN DE SOPORTE 11. COMPENSACIÓN AUTOMATICA DEL TUBO ENDOTRAQUEAL 12. ADAPTACIÓN AUTOMÁTICA DEL FLUJO DE INSPIRACIÓN EN LOS MODOS CONTROLADOS. 13. CAPACIDAD DE REALIZAR VENTILACIÓN NO INVASIVA   **AJUSTES**   1. FRECUENCIA VENTILATORIA: DE 3 RPM O INFERIOR A 80 RPM O SUPERIOR 2. TIEMPO INSPIRATORIO: LÍMITE INFERIOR 0,2 S O MENOR; LÍMITE SUPERIOR 5 S O MAYOR 3. VOLUMEN CORRIENTE PEDIÁTRICO:20 O MENOR A 300 ML O MAYOR 4. VOLUMEN CORRIENTE ADULTO:100 O MENOR A 2.000 ML O MAYOR 5. FLUJO INSPIRATORIO PEDIÁTRICO: ENTRE 6 O MENOR A 30 LPM O MAYOR 6. FLUJO INSPIRATORIO ADULTO: ENTRE 3 O MENOR A 150 LPM O MAYOR 7. PRESIÓN INSPIRATORIA: ENTRE 5 O MENOR A 60 MBAR O MAYOR 8. PEEP: ENTRE 1 O MENOR Y 35 O MAYOR 9. CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO: 25 % O MENOR A 100 % VOL. 10. PRESIÓN DE SOPORTE: ENTRE 1 O MENOR A 60 O MAYOR MBAR   **VALORES MEDIDOS EN PANTALLA**   1. MEDIDAS DE PRESIÓN EN VÍA AÉREA (PEAK, PLATEAU, MEDIA Y PEEP). 2. PAUSA INSPIRATORIA Y PAUSA EXPIRATORIA. 3. FRECUENCIA RESPIRATORIA. 4. COMPLIANCE. 5. RESISTENCIA. 6. VOLUMEN MINUTO INSPIRADO. 7. VOLUMEN MINUTO ESPIRADO 8. CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO 9. CURVAS DE PRESIÓN EN VÍA AÉREA   **ALARMAS**   1. VOLUMEN MINUTO INSPIRADO 2. VOLUMEN MINUTO ESPIRADO 3. APNEA 4. CONCENTRACIÓN INSPIRATORIA DE OXÍGENO 5. PRESIÓN EN VÍA AÉREA 6. FRECUENCIA RESPIRATORIA 7. FALLA DE FUENTE ELECTRICA   **ACCESORIOS**   1. 10 CIRCUITO PACIENTE REUTILIZABLE 2. |1 PULMÓN DE PRUEBA 3. 10 MASCARA DE VENTILACIÓN NO INVASIVA 4. NEBULIZADOR 5. HUMIDIFICADOR SERVOCONTROLADO 6. 10 CANULA NASAL DE ALTO FLUJO. 7. 50 FILTROS PARA POLVO 8. TRAMPA DE AGUA 9. MANGUERA DE AIRE Y OXÍGENO 10. SENSOR DE FLUJO (RAMA EXHALATORIA O EL SENSOR EN TUBO **Y**) | | | | | | |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGIA** | | | | | | |
| FUNCIONARA CON RED ELECTRICA MONOFASICA, 220 - 230 V, 50 HZ.  CON BATERIA Y AUTONOMIA DE 1 HORA MINIMO | | | | | | |
| **NORMATIVA A CUMPLIR** | | | | | | |
| ISO 13485 VIGENTE O IEC 6060-1, ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EL RESPALDO EN FOTOCOPIA A COLOR  REGISTROS O CERTIFICACIONES DE CALIDAD: EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA O MARCADO CE VIGENTES**, CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** | | | | | | |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | | | | | |
| * CATALOGO O FICHA TECNICA: ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EN FORMATO FISICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TECNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | | | | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR: M.S.y D. * PLAZO: NO MAYOR A SESENTA DIAS CALENDARIO * MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACION, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO * CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO | | | | | | |
| **GARANTIAS** | | | | | | |
| * 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCION DEL EQUIPO * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. EN CASO DE ADJUDICACION, SI EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES LO REQUIERE **EN LA RECEPCION** DEBERA PRESENTAR DOCUMENTACION DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACION) * GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON **COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A DOS AÑOS** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD * GARANTIA DE SERVICIO TECNICO: DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TECNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELEFONO DEL PERSONAL * GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS TRES AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES | | | | | | |
| **SOPORTE TECNICO DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL** | | | | | | |
| * MANTENIMIENTO PREVENTIVO**:** SEMESTRAL **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS** (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) SI SON NECESARIOS PARA LA PREVENCION DEL EQUIPO * MANTENIMIENTO CORRECTIVO: **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA, HERRAMIENTAS Y ELEMENTOS MENORES. EN EL CASO DE REPUESTOS LA COBERTURA CORRESPONDE SI LAS CAUSAS DEL MANTENIMIENTO SON LAS SEÑALADAS EN LA GARANTIA COMERCIAL.** LA ATENCION DEBERA SER MAXIMO EN **DOS DIAS CALENDARIO** Y LA REPARACION NO DEBE EXCEDER **7 DIAS CALENDARIO**, DESDE EL MOMENTO QUE SE NOTIFICO EN FISICO O EMAIL EL REQUERIMIENTO, SALVO EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS QUE AMERITARAN UN ANALISIS Y TRATAMIENTO ESPECIAL | | | | | | |
| **ITEM: 3** | **BOMBA DE INFUSION VOLUMETRICA** | | | **Cód.** | | **CANTIDAD: 245PIEZAS** |
| **MARCA:** | | | | **MODELO:** | | |
| **PAIS DE FABRICACION:** | | | | **AÑO FABRICACION:** | | |
| 1. **REQUISITOS BASICOS:** | | | | | | |
| **CARACTERISTICAS TECNICAS** | | | | | | |
| 1. BOMBA PARA LA ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA, INTRAPERITONEAL, INTRARRAQUÍDEA) DE DROGAS Y SOLUCIONES, GARANTIZANDO SU PRECISIÓN Y APORTE CONSTANTE. CON CAPACIDAD DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES A ALTAS PRESIONES QUE NO PODRÁN SER ALCANZADAS CON EQUIPOS CLIPADOS MANUALMENTE O DEPENDIENTES DE GRAVEDAD. LA BOMBA POSEE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS 2. AMPLIO RANGO DE FLUJOS PARA MICRO Y MACRO INFUSIONES 3. CON SENSOR DE GOTEO 4. COMPATIBLE CON LA MAYORÍA DE LOS SETS IV 5. POSEE ALARMAS VISUALES Y AUDITIVAS PROGRAMABLES PARA AIRE EN LÍNEA, OCLUSIÓN, DESCONEXIÓN, FUNCIONAMIENTO ANORMAL DE LA BOMBA 6. INDICADORES LUMÍNICOS PARA DIFERENTES PARÁMETROS COMO VOLUMEN INFUNDIDO, VOLUMEN TOTAL, BATERÍA BAJA, ALARMAS, ETC. 7. CON MEMORIA INTERNA PARA GUARDAR LA PROGRAMACIÓN DESEADA DE LA BOMBA 8. PRINCIPIO DE INFUSIÓN POR SISTEMA PERISTÁLTICO 9. MODOS DE INFUSIÓN CONTINUO E INTERMITENTE 10. RANGO DEL NIVEL DEL FLUJO 0,1 A 99,9ML/H: CON PASOS DE 0,1ML/H PARA MICRO INFUSIONES Y 100 A 999ML/H: CON PASOS DE 1ML/H PARA MACRO INFUSIONES 11. PRECISIÓN ± 5% 12. VOLUMEN INFUNDIDO 0,1 A 9999 ML 13. CON SISTEMA DE MANTENIMIENTO DE VENA ABIERTA 14. FUNDA DE PROTECCIÓN 15. 50 SET SILICONADOS ADICIONALES PARA USO INICIAL POR EQUIPO 16. SOPORTE DE SUJECION POR CADA 5 BOMBAS DE INFUSION | | | | | | |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGIA** | | | | | | |
| SUMINISTRO ELÉCTRICO: 220 V, 50 HZ, O BATERÍA INTERNA RECARGABLE  AUTONOMIA DE BATERÍA: 4 HORAS (MIN.) | | | | | | |
| **NORMATIVA A CUMPLIR** | | | | | | |
| ISO 13485 VIGENTE O IEC 6060-1, ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EL RESPALDO EN FOTOCOPIA A COLOR  REGISTROS O CERTIFICACIONES DE CALIDAD: EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA O MARCADO CE VIGENTES**, CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** | | | | | | |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | | | | | |
| * CATALOGO O FICHA TECNICA: ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EN FORMATO FISICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TECNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | | | | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR: M.S.y D. * PLAZO: NO MAYOR A SESENTA DIAS CALENDARIO * MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACION, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO * CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO | | | | | | |
| **GARANTIAS** | | | | | | |
| * 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCION DEL EQUIPO * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. EN CASO DE ADJUDICACION, SI EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES LO REQUIERE **EN LA RECEPCION** DEBERA PRESENTAR DOCUMENTACION DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACION) * GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON **COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A DOS AÑOS** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD * GARANTIA DE SERVICIO TECNICO: DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TECNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELEFONO DEL PERSONAL * GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS TRES AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES | | | | | | |
| **SOPORTE TECNICO DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL** | | | | | | |
| * MANTENIMIENTO PREVENTIVO**:** SEMESTRAL **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS** (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) SI SON NECESARIOS PARA LA PREVENCION DEL EQUIPO * MANTENIMIENTO CORRECTIVO: **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA, HERRAMIENTAS Y ELEMENTOS MENORES. EN EL CASO DE REPUESTOS LA COBERTURA CORRESPONDE SI LAS CAUSAS DEL MANTENIMIENTO SON LAS SEÑALADAS EN LA GARANTIA COMERCIAL.** LA ATENCION DEBERA SER MAXIMO EN **DOS DIAS CALENDARIO** Y LA REPARACION NO DEBE EXCEDER **7 DIAS CALENDARIO**, DESDE EL MOMENTO QUE SE NOTIFICO EN FISICO O EMAIL EL REQUERIMIENTO, SALVO EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS QUE AMERITARAN UN ANALISIS Y TRATAMIENTO ESPECIAL | | | | | | |
| **ITEM: 4** | **ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTATIL** | | | **Cód.** | | **CANTIDAD: 49 PIEZAS** |
| **MARCA:** | | | | **MODELO:** | | |
| **PAIS DE FABRICACION:** | | | | **AÑO FABRICACION:** | | |
| 1. **REQUISITOS BASICOS:** | | | | | | |
| **CARACTERISTICAS TECNICAS** | | | | | | |
| 1. EL ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL Y DE SUCCIÓN CONTINUA. 2. CONTROL DE SUCCIÓN 40-760 MMHG 3. EQUIPADO CON FILTRO BACTERIOLÓGICO HIDROFÓBICO DESCARTABLE PARA PREVENIR CONTAMINACIÓN 4. CON FRASCO DE CAPACIDAD 1000ML GRADUADO CON SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA FLUJO Y DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, PARA EVITAR REBALSE 5. CON CÁNULA DE ASPIRACIÓN DE ¼’’ COMO MÍNIMO 6. DEBE INCLUIR VACUÓMETRO 7. POTENCIA: RANGO ENTRE 1/8 A 1/3 HP 8. EQUIPO PORTÁTIL, CARCASA RESISTENTE A LA CORROSIÓN Y DESINFECTANTES, CON PROTECTORES DE CAUCHO EN LA BASE. 9. CON UN FRASCO ADICIONAL DE REPUESTO O MEJOR 10. 10 FILTROS BACTERIOLÓGICOS DESCARTABLES | | | | | | |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGIA** | | | | | | |
| ALIMENTACIÓN 220 V, 50 HZ LONGITUD DE CABLE DE ALIMENTACIÓN 3 MTS MINIMO. | | | | | | |
| **NORMATIVA A CUMPLIR** | | | | | | |
| ISO 13485 VIGENTE O IEC 6060-1, ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EL RESPALDO EN FOTOCOPIA A COLOR  REGISTROS O CERTIFICACIONES DE CALIDAD: EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA O MARCADO CE VIGENTES**, CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** | | | | | | |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | | | | | |
| * CATALOGO O FICHA TECNICA: ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EN FORMATO FISICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TECNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | | | | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR: M.S y D. * PLAZO: NO MAYOR A SESENTA DIAS CALENDARIO * MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACION, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO * CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO | | | | | | |
| **GARANTIAS** | | | | | | |
| * 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCION DEL EQUIPO * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. EN CASO DE ADJUDICACION, SI EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES LO REQUIERE **EN LA RECEPCION** DEBERA PRESENTAR DOCUMENTACION DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACION) * GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON **COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A DOS AÑOS** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD * GARANTIA DE SERVICIO TECNICO: DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TECNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELEFONO DEL PERSONAL * GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS TRES AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES | | | | | | |
| **SOPORTE TECNICO DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL** | | | | | | |
| * MANTENIMIENTO PREVENTIVO**:** SEMESTRAL **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS** (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) SI SON NECESARIOS PARA LA PREVENCION DEL EQUIPO * MANTENIMIENTO CORRECTIVO: **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA, HERRAMIENTAS Y ELEMENTOS MENORES. EN EL CASO DE REPUESTOS LA COBERTURA CORRESPONDE SI LAS CAUSAS DEL MANTENIMIENTO SON LAS SEÑALADAS EN LA GARANTIA COMERCIAL.** LA ATENCION DEBERA SER MAXIMO EN **DOS DIAS CALENDARIO** Y LA REPARACION NO DEBE EXCEDER **7 DIAS CALENDARIO**, DESDE EL MOMENTO QUE SE NOTIFICO EN FISICO O EMAIL EL REQUERIMIENTO, SALVO EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS QUE AMERITARAN UN ANALISIS Y TRATAMIENTO   ESPECIAL | | | | | | |
| **ITEM: 5** | | **CARRO DE PARO** | **Cód.** | | **CANTIDAD: 12 PIEZAS** | |
| **MARCA:** | | | **MODELO:** | | | |
| **PAIS DE FABRICACION:** | | | **AÑO FABRICACION:** | | | |
| 1. **REQUISITOS BASICOS:** | | | | | | |
| **CARACTERISTICAS TECNICAS** | | | | | | |
| 1. ESTRUCTURA DE ACERO ESMALTADO CON POLÍMERO RESISTENTE A LA CORROSIÓN 2. CUATRO (4) GAVETAS MÍNIMO, CADA UNA DE ELLAS CON DIVISIONES INTERNAS GRANDES Y CHICAS PARA LA COLOCACIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTROS 3. CON ASA PARA TRANSPORTE DEL CARRO 4. BANDEJA PARA LA COLOCACIÓN DE EQUIPOS (DESFIBRILADOR U OTROS) 5. ATRIL AJUSTABLE PARA SOSTENER SOLUCIONES INTRAVENOSAS 6. BANDEJA AUXILIAR LATERAL PLEGABLE 7. TABLA PARA PARO CARDIACO CON SISTEMA DE SUJECIÓN AL CARRO 8. PROTECTOR DE GOLPES ALREDEDOR DEL CARRO 9. ACCESORIOS PARA LA COLOCACIÓN DE TANQUE DE OXÍGENO 1M3 10. SUPERFICIE SUPERIOR DE PLÁSTICO RESISTENTE Y DURO, CON BARANDA PROTECTORA 11. CUATRO RUEDAS GIRATORIAS DE Ø130 MM APROXIMADAMENTE DOS DE ELLAS CON BLOQUEO 12. CON SISTEMA DE SEGURIDAD DE CIERRE DE LAS GAVETAS 13. DESFIBRILADOR DAE 14. PANTALLA LCD DE APROXIMADAMENTE 6 PULGADAS 15. ONDA BIFÁSICA CON ADAPTACIÓN A LA IMPEDANCIA DEL PACIENTE 16. SELECCIÓN DE 0 A 270 JULIOS 17. DESCARGA DIRECTA Y SINCRONIZADA 18. PALAS EXTERNAS DE ADULTO Y PEDIÁTRICAS INTEGRADAS 19. PULSADOR DE CARGA UBICADO TANTO EN LA PALA COMO EN EL PANEL FRONTAL 20. CAPTACIÓN DEL ECG TANTO DESDE LAS PALAS COMO DESDE EL CABLE DE PACIENTE 21. INDICACIÓN VISUAL Y ACÚSTICA DE ENERGÍA DISPONIBLE 22. COMPROBACIÓN DEL SISTEMA DE CARGA Y DESCARGA 23. TIEMPO DE CARGA TÍPICO: 6 S, MÁXIMO: 10 S 24. EL EQUIPO INCLUYE CARGADOR INTERNO DE BATERÍA, CON LIMITADOR DE CARGA 25. FUNCIONAMIENTO: A 220 VOLTIOS (C.A.), A 12 VOLTIOS (C.C.), Y CON SU BATERÍA CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 120 MINUTOS 26. FUNDA DE PROTECCIÓN PARA EL DESFIBRILADOR. 27. CABLE PACIENTE Y ACCESORIOS SUFICIENTES PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO AL 100 % DE SUS POSIBILIDADES MÉDICAS. 28. TUBO DE OXIGENO LLENO CON REGULADOR CGA-570 CON JUEGO DE MASCARILLAS Y CÁNULAS 29. JUEGO DE BOLSA DE INSUFLACION CON VALVULA PEEP (ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL 30. LARINGOSCOPIO DE ACERO INOXIDABLE, FIBRA ÓPTICA Y RECARGABLE 31. JUEGO DE SEIS PIEZAS DE HOJAS RECTAS CORRESPONDIENTES AL MANGO DE LARINGOSCOPIO DESCRITO DE LOS NÚMEROS 00, 0, 1, 2, 3, 4 32. JUEGO DE CUATRO PIEZAS DE HOJAS CURVAS CORRESPONDIENTES AL MANGO DE LARINGOSCOPIO DESCRITO DE LOS NÚMEROS 1, 2, 3 | | | | | | |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGIA** | | | | | | |
| FUNCIONARA CON RED ELECTRICA MONOFASICA, 220 - 230 V, 50 HZ.  TOMAS ELECTRICAS ADICIONALES | | | | | | |
| **NORMATIVA A CUMPLIR** | | | | | | |
| ISO 13485 VIGENTE O IEC 6060-1, ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EL RESPALDO EN FOTOCOPIA A COLOR | | | | | | |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | | | | | |
| * CATALOGO O FICHA TECNICA: ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EN FORMATO FISICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TECNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | | | | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR: M.S.y D. * PLAZO: NO MAYOR A SESENTA DIAS CALENDARIO * MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACION, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO * CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO | | | | | | |
| **GARANTIAS** | | | | | | |
| * 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCION DEL EQUIPO * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. EN CASO DE ADJUDICACION, SI EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES LO REQUIERE **EN LA RECEPCION** DEBERA PRESENTAR DOCUMENTACION DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACION) * GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON **COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A DOS AÑOS** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD * GARANTIA DE SERVICIO TECNICO: DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TECNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELEFONO DEL PERSONAL   GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS TRES AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES | | | | | | |
| **SOPORTE TECNICO DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL** | | | | | | |
| * MANTENIMIENTO PREVENTIVO**:** SEMESTRAL **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS** (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) SI SON NECESARIOS PARA LA PREVENCION DEL EQUIPO * MANTENIMIENTO CORRECTIVO: **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA, HERRAMIENTAS Y ELEMENTOS MENORES. EN EL CASO DE REPUESTOS LA COBERTURA CORRESPONDE SI LAS CAUSAS DEL MANTENIMIENTO SON LAS SEÑALADAS EN LA GARANTIA COMERCIAL.** LA ATENCION DEBERA SER MAXIMO EN **DOS DIAS CALENDARIO** Y LA REPARACION NO DEBE EXCEDER **7 DIAS CALENDARIO**, DESDE EL MOMENTO QUE SE NOTIFICO EN FISICO O EMAIL EL REQUERIMIENTO, SALVO EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS QUE AMERITARAN UN ANALISIS Y TRATAMIENTO   ESPECIAL | | | | | | |
| **ITEM: 6** | | **BOLSA DE INSUFLACIÓN CON VÁLVULA PEEP** | **Cód.** | | **CANTIDAD: 49 PIEZAS** | |
| **MARCA:** | | | **MODELO:** | | | |
| **PAIS DE FABRICACION:** | | | **AÑO FABRICACION:** | | | |
| 1. **REQUISITOS BASICOS:** | | | | | | |
| **CARACTERISTICAS TECNICAS**   1. PARA PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATO 2. FABRICADO EN SILICONA GRADO MÉDICO 3. LIBRE DE LÁTEX 4. CON VÁLVULA UNIDIRECCIONAL PARA PACIENTE, VÁLVULA PEEP (PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA) 5. VÁLVULA DE SEGURIDAD QUE LIMITE LA PRESIÓN EN VÍAS RESPIRATORIAS DE 0 A 60 CM H2O. 6. CON RESERVORIO DE OXÍGENO. 7. CON MÁSCARA DE OXIGENO 8. CON CONECTOR PARA OXÍGENO SUPLEMENTARIO 9. DESARMABLE Y AUTOCLAVABLE. | | | | | | |
| **NORMATIVA A CUMPLIR** | | | | | | |
| * FDA O CE | | | | | | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR: M.S. y D. * PLAZO: NO MAYOR A SESENTA DIAS CALENDARIO * MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACION, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO * CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO | | | | | | |
| **GARANTIAS** | | | | | | |
| * 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCION DEL EQUIPO * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. * GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON **COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A DOS AÑOS** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD * GARANTIA DE SERVICIO TECNICO: DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TECNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELEFONO DEL PERSONAL * GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS DOS AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES | | | | | | |
| **ITEM: 7** | | **CARRO DE MEDICAMENTOS** | **Cód.** | | **CANTIDAD: 12 PIEZAS** | |
| **MARCA:** | | | **MODELO:** | | | |
| **PAIS DE FABRICACION:** | | | **AÑO FABRICACION:** | | | |
| 1. **REQUISITOS BASICOS:** | | | | | | |
| **CARACTERISTICAS TECNICAS**   1. PARA PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATO 2. FABRICADO EN SILICONA GRADO MÉDICO 3. LIBRE DE LÁTEX 4. CON VÁLVULA UNIDIRECCIONAL PARA PACIENTE, VÁLVULA PEEP (PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA) 5. VÁLVULA DE SEGURIDAD QUE LIMITE LA PRESIÓN EN VÍAS RESPIRATORIAS DE 0 A 60 CM H2O. 6. CON RESERVORIO DE OXÍGENO. 7. CON MÁSCARA DE OXIGENO 8. CON CONECTOR PARA OXÍGENO SUPLEMENTARIO 9. DESARMABLE Y AUTOCLAVABLE. | | | | | | |
| **NORMATIVA A CUMPLIR** | | | | | | |
| * FDA O CE | | | | | | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR: M.S. y D. * PLAZO: NO MAYOR A SESENTA DIAS CALENDARIO * MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACION, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO * CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO | | | | | | |
| **GARANTIAS** | | | | | | |
| * 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCION DEL EQUIPO * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. * GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON **COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A DOS AÑOS** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD * GARANTIA DE SERVICIO TECNICO: DURANTE LA GARANTIA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TECNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELEFONO DEL PERSONAL * GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS DOS AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES | | | | | | |

**RECOMENDACIÓN PARA EL ENVIO DE PROPUESTAS.-**

* Las propuestas deben ser presentadas en sobres cerrado y/o en el asunto del correo electrónico, el rótulo deberá especificar claramente el Código de Proceso a presentarse, el Objeto de la propuesta y detallar los ítems, asimismo la documentación deberá estar debidamente foliado para la presentación.