**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN HOSPITALARIA**

**1.** “**Adquisición de Equipos e Insumos para Oxigenoterapia para la atención de la COVID-19”**

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

**N° 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** | **OXÍMETRO DE PULSO** |
| **CANTIDAD:** | **2027** |
| **MARCA:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **MODELO:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **PAÍS DE ORIGEN:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** | **GENERAL:*** MONITORIZACIÓN DE SPO2, FRECUENCIA CARDIACA Y DESPLIEGA EN PANTALLA SIMULTÁNEAMENTE DE CURVA PLETISMOGRÁFICA.
* PANTALLA TIPO LCD.
* CON RANGO DE SATURACIÓN DE SPO2 DE 1 A 100%

**PRECISIÓN DE LA SEÑAL SPO2:*** RANGO BAJO DE 69 A 40 +/- 3%
* RANGO ALTO DE 70 A 100 +/- 2%"
* TIEMPO PROMEDIO DE MUESTREO DE SPO2: DENTRO DEL RANGO DE 2 A 8 SEG.
* PARA USO DESDE PACIENTES PEDIÁTRICOS HASTA ADULTOS.
* CON SISTEMA DE ALARMAS CONFIGURABLES.
* CAPACIDAD DE ALMACENAR HASTA 100 PACIENTES, ENVIAR O BAJAR DATOS A UNA COMPUTADORA O IMPRESORA O SISTEMA DE COMUNICACIÓN DIGITAL.
* CON 2 SENSORES DE DEDO PARA PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL,
* DE 3 METROS DE LONGITUD.
* DE SOBREMESA.
* SENSORES REUTILIZABLES.
* MANUAL DE OPERACIÓN

**DESPLIEGUE:*** ALARMAS Y MENSAJES DE ERROR.
* TENDENCIAS GRÁFICAS Y/O TABULARES DE SPO2 Y PULSO, DE AL MENOS 24 HRS.

**CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS:** * BATERÍA - CARGADOR
* VOLTAJE DE ALIMENTACIÓN 220 VAC/ 50 HZ
 |

**N° 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** | **CONCENTRADOR DE OXIGENO** |
| **CANTIDAD:** | **920** |
| **MARCA:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **MODELO:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **PAÍS DE ORIGEN:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES:*** DE FUNCIONAMIENTO SILENCIOSO.
* FLUJO CONTINUO.
* CONTROLES DE FÁCIL ACCESO PARA EL PACIENTE, Y ADAPTADOR DE CÁNULA CON PROTECCIÓN.
* PUREZA DEL OXÍGENO 93% (+/- 1%) O SUPERIOR
* CAPACIDAD DE 10 L/MIN
* FLUJÓMETRO DE AJUSTE CONTINUO DE 0.5 A 10 L/MIN

**CARACTERÍSTICAS DE SEGURIDAD:*** ALARMAS, SONORA Y VISUAL POR PRESIÓN.
* ALTA/BAJA, BAJO CAUDAL, BAJO OXÍGENO.
* OCLUSIÓN
* FALLO DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.
* DISPOSITIVO DE DETECTOR DE OXÍGENO.
* BOTÓN SILENCIADOR DE ALARMA
* MEDIDOR DE FLUJO COMPENSADO POR PRESIÓN PARA GARANTIZAR UNA LECTURA PRECISA DEL FLUJO.
* VÁLVULA DE LIBERACIÓN DE PRESIÓN Y PROTECCIÓN TÉRMICA EN EL COMPRESOR.
* CONTADOR DE HORAS DE USO.
* FILTRO DE PARTÍCULAS EN LA ENTRADA DE AIRE

**CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS:*** CONEXIÓN DE SUMINISTRO 240 VCA.
* FRECUENCIA: 50 HZ
* FASES: 1
* CABLE DE ALIMENTACIÓN DE GRADO HOSPITALARIO, CON TIERRA.
* NORMAS IEC-601-1
* DESIGNACIONES DE SEGURIDAD LA NORMA IEC 601-1-2-1993, GRADO DE PROTECCIÓN CONTRA DESCARGAS ELÉCTRICAS.

**CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS:*** EQUIPO COMPACTO, DE CARCASA, RESISTENTE A LA CORROSIÓN Y DESINFECTANTES.

**ACCESORIOS :*** TODOS LOS SUFICIENTES PARA FACILITAR LA MANIPULACIÓN
* TODOS LOS SUFICIENTES PARA REALIZAR LA CALIBRACIÓN PERIÓDICA DEL EQUIPO Y CUANDO SE REALICE EL MANTENIMIENTO POR EL PROPONENTE.
* HUMIDIFICADOR DE BURBUJA (200 ML DE CAPACIDAD).
* CÁNULA (DESECHABLE) – 15 UNIDADES, CAN00 CÁNULA C/2,1.
* 50 UNIDADES DE FILTRO DE PARTÍCULAS
 |

**N° 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** | **(INSUMO) MASCARILLA VENTURI** |
| **CANTIDAD:** | **6784** |
| **MARCA:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **MODELO:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **PAÍS DE ORIGEN:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES*** LA MÁSCARA TIENE UN CLIP NASAL AJUSTABLE.
* EL KIT DE LA MÁSCARA INCLUYE TUBERÍA, COPA DE HUMEDAD Y VARIOS CHORROS, QUE ESTÁN CODIFICADOS POR COLORES E INDICAN EL PORCENTAJE DE OXÍGENO.
* EMBALADO INDIVIDUALMENTE.
* NO ESTÉRIL
* INCLUYE TUBO ALARGADERA DE 2 M ESTRIADO ANTICOLAPSO.
* TAMAÑOS:
* ADULTO Y PEDIÁTRICO: LONGITUD DEL TUBO: 1.5–2 M.
* MATERIAL:
	+ - * MASCARILLA Y TUBOS DE PVC DE GRADO MÉDICO.
			* EXENTA DE LÁTEX.
			* REFUERZO NASAL MÉDICO
* NORMAS DE DESEMPEÑO DEL PRODUCTO:
	+ - * ISO 18190 ANESTHETIC AND RESPIRATORY EQUIPMENT – GENERAL REQUIREMENTS FOR AIRWAYS AND RELATED EQUIPMENT.
 |

**N° 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** | **(INSUMO) MASCARILLAS CON BOLSA RESERVORIO** |
| **CANTIDAD:** | **16195** |
| **MARCA:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **MODELO:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **PAÍS DE ORIGEN:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES*** MASCARILLA DE DISEÑO ANATÓMICO Y CONFORTABLE QUE PERMITA UNA PERFECTA ADAPTACIÓN A LA CARA DEL PACIENTE
* FABRICADA EN PVC DE GRADO MÉDICO ATÓXICO O SUPERIOR.
* EXENTA DE LÁTEX
* QUE INCLUYA TUBO ALARGADERA DE 2 M. APROX. ESTRIADO ANTI-COLAPSO QUE IMPIDA SU OBSTRUCCIÓN POR ACODAMIENTO.
* REFUERZO NASAL METÁLICO Y VÁLVULAS UNIDIRECCIONALES O SUPERIOR.
* QUE INCLUYA GOMA ELÁSTICA REGULABLE.
* PRODUCTO DE UN SOLO USO.
* QUE INCLUYA BOLSA RESERVORIO ATÓXICA FABRICADA EN PVC O SUPERIOR.
* CAPACIDAD DE 500 CC

**CERTIFICACIONES DE CALIDAD:**UNE-EN ISO 9001 O EQUIVALENTE. |

**N° 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** | **(INSUMO) CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO** |
| **CANTIDAD:** | **1287** |
| **MARCA:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **MODELO:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **PAÍS DE ORIGEN:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES*** COMPATIBLE CON EL CIRCUITO DE PACIENTE DE ALTO FLUJO – ADULTO
* QUE SOPORTE FLUJOS DE 60 LPM MÍNIMAMENTE.
* CON DOS TUBOS DE VENTILACIÓN A MANERA DE PUNTAS PARA LAS FOSAS NASALES.
* CON CORREA DE SUJECIÓN
* CON CONECTOR DE 22 MM.
* DE USO EXCLUSIVO.
* INCLUIR 100 UNIDADES DE FILTROS HIDROFÓBICOS

**CERTIFICACIONES DE CALIDAD:**UNE-EN ISO 9001 O EQUIVALENTE. |

**N° 6**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** | **PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA** |
| **CANTIDAD:** | **135** |
| **MARCA:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **MODELO:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **PAÍS DE ORIGEN:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES**1. **MODO DE FUNCIONAMIENTO**: AUTOMÁTICO (APAP). PRESIÓN POSITIVA DE AIRE AUTOMÁTICA.**RANGO DE PRESIÓN**: 4 - 20 CM H2O.
2. **AJUSTE AUTOMÁTICO DE PRESIÓN**.
3. **REDUCCIÓN DE PRESIÓN AUTOMÁTICA**: CON SISTEMA "SENSE AWAKE”
4. **NIVEL DE RUIDO O PRESIÓN SONORA**: <30 DBA (DECIBELIO A, MEDIDA DE RIESGO AUDITIVO, CUMPLIENDO LA ISO 17510-1:2002 (NORMAS ISO DE CALIDAD).
5. **COMPENSACIÓN DE ALTITUD**: AUTOMÁTICA.
6. **HUMIDIFICADOR**. INCLUIDO E INTEGRADO. .
7. **TIEMPO DE RAMPA**: 20 MINUTOS. PRESIÓN AJUSTABLE A LO LARGO DE LA RAMPA.
8. **PRESIÓN DE RAMPA INICIAL O PRESIÓN DE CONFORT**: 4 CMH2O MÍNIMO.
9. **PANTALLA**: CON LUZ DE FONDO.
10. INCLUIR 50 UNIDADES DE MASCARA DE ALTO FLUJO PARA USO DEL EQUIPO

**REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA**SUMINISTRO ELÉCTRICO: 220 V, 50 HZ,CABLE DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA NEMA O SCHUKO **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****DOCUMENTACIÓN TÉCNICA**CATALOGO O FICHA TÉCNICA: ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**RECEPCIÓN CON INSTALACIÓN, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACIÓN*** LUGAR: EN AMBIENTES DESIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD
* PLAZO: NO MAYOR A 30 DÍAS CALENDARIO.
* MATERIALES E INSUMOS: DEBE DISPONERSE DE TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA INSTALACIÓN, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO
* CAPACITACIÓN: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO

**GARANTÍAS*** 2 AÑOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE RECEPCIÓN DEL EQUIPO
* GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACIÓN NO MAYOR A UN AÑOS. EN CASO DE ADJUDICACIÓN, SI EL MINISTERIO LO REQUIERE **EN LA RECEPCIÓN** DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACIÓN)
* GARANTÍA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTÍA CON **COBERTURA DE REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
* GARANTÍA DE SERVICIO TÉCNICO: DURANTE LA GARANTÍA COMERCIAL SE **CUENTA CON PERSONAL TÉCNICO CON EXPERIENCIA, HERRAMIENTAS, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS NECESARIOS** PARA LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTODEL EQUIPO **EN LA CIUDAD DE LA PAZ.** DETALLAREN LA **PROPUESTA** NOMBRE, APELLIDOS Y TELÉFONO DEL PERSONAL
* GARANTÍA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACIÓN DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TÉCNICO DE POR LO MENOS TRES AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSIÓN DE LA GARANTÍA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES

**SOPORTE TÉCNICO DURANTE LA GARANTÍA COMERCIAL*** MANTENIMIENTO PREVENTIVO**:** SEMESTRAL **CON COBERTURA DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS** (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) SI SON NECESARIOS PARA LA PREVENCIÓN 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 GARANTÍA COMERCIAL.** LA ATENCIÓN DEBERÁ SER MÁXIMO EN **DOS DÍAS CALENDARIO** Y LA REPARACIÓN NO DEBE EXCEDER **7 DÍAS CALENDARIO**, DESDE EL MOMENTO QUE SE NOTIFICO EN FÍSICO O EMAIL EL REQUERIMIENTO, SALVO EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS QUE AMERITARAN UN ANÁLISIS Y TRATAMIENTO ESPECIAL
 |

N° 7

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** | **(INSUMO) MASCARILLA CPAP** |
| **CANTIDAD:** | **5186** |
| **MARCA:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **MODELO:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **PAÍS DE ORIGEN:** | - ESPECIFICAR (LLENADO POR EL LICITANTE) |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES*** MASCARILLA ORONASAL
* AJUSTE RÁPIDO
* CIERRE HERMÉTICO
* CODO PARA CPAP CIRCUITO SIMPLE CON ROTACIÓN DE 360°
* VÁLVULA ANTI ASFIXIA
* ARNÉS DE LIBERACIÓN RÁPIDA
* ARNÉS TRANSPIRABLE
* ALMOHADILLA LIBRE DE LÁTEX
* MANGUERA CORRUGADA DE SILICONA (180 CM MÍNIMO)
 |

**RECOMENDACIÓN PARA EL ENVÍO 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.