**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL SBE N° 83/2020 "ADQUISICIÓN DE CAMA MANUAL PARA PACIENTES; MAQUINA DE ANESTESIA Y EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C PORTÁTIL - COVID-19"– ID. N° 385.769.**

En la ciudad de Asunción de la República del Paraguay, a los 28 días del mes diciembre de 2020, siendo las 16:00 horas, se inicia la Evaluación de Ofertas presentadas en el marco de la contratación de referencia, convocada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El proceso cuenta con Resolución S.G. N° 536/2020 de fecha 28/10/2020 "POR LA CUAL SE APRUEBA EL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES, SE AUTORIZA EL LLAMADO Y SE CONSTITUYE EL COMITÉ DE EVALUACIÓN DE OFERTAS, CORRESPONDIENTES A LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL SBE N° 83/2020 "ADQUISICIÓN DE CAMA MANUAL PARA PACIENTES; MAQUINA DE ANESTESIA Y EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C PORTÁTIL - COVID-19"– ID. N° 385.769".

Para tal efecto, conforme notas obrantes en el expediente y en virtud a la mencionada Resolución, se designan a los siguientes funcionarios para conformar el Comité de Evaluación de Ofertas:

- ✓ **ABG. OLIVIA RUIZ DÍAZ**, representante designado de la Dirección General de Administración y Finanzas – D.G.A.F., según providencia en Memorándum DOC N° 812/2020, en fecha 01/12/2020.
- ✓ **DRA. MYRIAN AGUILAR**, representante designada del Viceministerio de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social, según providencia en Memorándum DOC N° 812/2020, en fecha 01/12/2020.
- ✓ **DR. RAFAEL GONZÁLEZ RAHI**, representante designado del Viceministerio de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social, según providencia en Memorándum DOC N° 812/2020, en fecha 01/12/2020.

La Dirección General de Asesoría Jurídica solicita la exclusión de su representante, por la causa invocada en el MEMORANDO A.J. N° 2852/2020.

**ANTECEDENTES:**

Que, a través de la Nota MSPyBS/DGGIES/DG N° 3331/2020 de fecha 07 de agosto de 2020, la Dirección General de Gestión en Insumos Estratégicos en Salud eleva a la Dirección General de Administración y Finanzas, solicita el inicio del proceso licitatorio.

Dictamen DOC N° 98/2020 de fecha 22 de setiembre de 2020, POR EL CUAL SE DETALLA LA METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA OBTENCIÓN DE LOS PRECIOS REFERENCIALES EN ATENCIÓN A LA RESOLUCIÓN DNCP N° 1890/2020.

Según Memorándum DPP-SP 1279/2020 de fecha 01 de octubre de 2020, el Departamento de Planificación y Presupuesto, remite los antecedentes del pedido al Departamento de Licitaciones.

El llamado cuenta con Disponibilidad Presupuestaria para una eventual adjudicación.

**ACTA DE SESIÓN PÚBLICA VIRTUAL, ACTO DE RECEPCIÓN Y APERTURA DE SOBRES:**

En fecha 03 de diciembre del 2020, se labró el Acta de Sesión Pública Virtual, resultante del proceso de Subasta a la Baja Electrónica, observándose un total de **7 (siete)** participantes: **(1)** FALCON COM. & IND. S.A., **(2)** EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ SAC, **(3)** INDEX S.A.C.I., **(4)** LA CASA DEL MÉDICO S.A., **(5)** CONSORCIO SUMI, **(6)** ASUCOM S.A. y **(7)** DYSA HEALTHCARE S.A.

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montanes
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

En fecha 14 de diciembre de 2020, se "ORDENA LA REALIZACIÓN DE UNA NUEVA ETAPA COMPETITIVA EN EL MARCO DE LA SUBASTA DE REFERENCIA, EN EXCLUSIVA RELACIÓN AL ÍTEM N° 3" según Artículo 3° de la Resolución DNCP N° 5877/2020.

En fecha 17 de diciembre de 2020, se labró nuevamente el Acta de Sesión Pública Virtual, resultante de la etapa competitiva del ítem N° 3, observándose la participación de los **7 (siete)** oferentes anteriormente mencionados.

De acuerdo a lo previsto en el Artículo 57 del Decreto Reglamentario No. 2992/2019, se llevó a cabo el acto de Apertura de Sobres en fecha 18 de diciembre de 2020 a las 09:00 horas, en el Departamento de Licitaciones – Nivel Central, observándose la recepción de los **7 (siete)** oferentes participantes del proceso de Subasta a la Baja Electrónica.

**OBSERVACIONES ASENTADAS EN EL ACTA DE APERTURA:**

FALCON COM. & IND. S.A.: Se observa en el ítem N° 3 del equipo de Rayos X en "C" (Prostar) de la empresa DYSA del folio 119 de la carpeta: 1) No cumple la distancia desde la fuente de rayos x al detector de imagen. Se pide 85 cm o más y el equipo ofertado solo tiene 78 cm. 2) No cumple también con la especificación técnica con la potencia mínima nominal del generador. Se pide 2,5 KW o mejor y el equipo ofertado tiene solo 2,2 KW.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: Lo mencionado corresponde al análisis de cumplimiento de especificaciones técnicas, por tanto, los puntos serán analizados posteriormente en este informe, conforme al Art. 62 del Decreto N° 2992/2019.*

DYSA HEALTHCARE S.A.: el oferente LA CASA DEL MÉDICO S.A. en su carpeta de oferta, para el ítem 2 "Máquina de Anestesia" el modelo indicado en el Acta de Subasta y el indicado en las especificaciones técnicas no son las mismas, no cumple con el ítem donde dice "modos de ventilación como mínimo: VCV, PCV, VCV/A, PCV/A, SIMU/U, SIMV/P, PSV, Manual y Espontáneo", NO CUMPLE por no contar con las mdalidades VCV/A y PCV/A. No cumple en varios ítems no se detallan los parámetros de cumplimiento de especificaciones técnicas.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: Lo mencionado corresponde al análisis de cumplimiento de especificaciones técnicas, por tanto, los puntos serán analizados posteriormente en este informe, conforme al Art. 62 del Decreto N° 2992/2019.*

El oferente La Casa del Médico S.A. en el ítem 1 no presenta catálogo donde se muestras que el colchón cumple con lo solicitado (15cm)

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: Lo mencionado corresponde al análisis de cumplimiento de especificaciones técnicas, por tanto, los puntos serán analizados posteriormente en este informe, conforme al Art. 62 del Decreto N° 2992/2019.*

La póliza de caución presentada por la Casa del Médico S.A. no se encuentra firmada ni foliada, siendo éste un documento sustancial que requiere la rúbrica del Representante Legal.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: La póliza de caución presentada se encuentra debidamente extendida y firmada por los responsables de la firma Aseguradora. La falta de la firma del tomador no constituye una desviación significativa en la oferta; por tanto, lo observado no es considerado una falta en un documento sustancial, conforme al Art. 62 del Decreto N° 2992/2019.*

El folio de la Casa del Médico se encuentra con tachaduras y no está sellado.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: El comité decide dispensar lo observado ateniendo a que la foliatura de la oferta no se considera un requisito sustancial sino meramente formal.*

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montanero
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

La firma la Casa del Médico S.A. presenta certificado de Registro y Habilitación de la Dirección de Establecimientos de Salud, donde figura que el Ing. José María Giménez es el regente y a continuación presentan la renuncia del mismo a dicho cargo. No se encuentra la constancia de estar en trámite la certificación con un nuevo regente, por lo que ese cargo se encuentra acéfalo, incumpliendo las normativas del MSPBS.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: ante lo observado, éste comité ha realizado la consulta al oferente (según punto 2 de este informe), quien en su respuesta presenta la documentación que avala el trámite para el cambio de regencia, presentada ante las autoridades competentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.*

*Que, el Certificado se encuentra vigente al momento de la apertura con una validez de 5 (cinco) años a partir del 18 de setiembre de 2019.*

*Por tanto, cumple con lo requerido en las bases y condiciones del llamado.*

*Cabe mencionar que la función de éste Comité es únicamente analizar el cumplimiento o no de los documentos presentados por el oferente, en contraste con el Pliego de Bases y Condiciones y las normativas que lo rigen.*

El Sr. Raymundo Allende no presentó poder ni autorización para firmar el acta de apertura ni las hojas de observaciones rubricadas ni foliadas, siendo éste un documento sustancial que exige la firma del representante legal.

La Sra. Martha Ayala no presenta autorización ni poder para firmar el acta de apertura ni dejar observaciones.

El Sr. Mario Paz no presenta autorización para firmar hojas de observaciones.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: Conforme al Art. 24 de la Ley 2051/03, se garantiza la participación de cualquier persona física o jurídica que manifieste interés de estar presente en el acto público. Por otra parte, no se visualizan Observaciones en el Acta de Apertura, presentadas por algún representante de la Firma la Casa del Médico S.A.*

La oferta presentada por la firma Elizeche SAC para el ítem 3 "Equipo de rayos x arco en C", en su planilla de especificaciones técnicas no se detallan la marca, modelo, procedencia del equipo ofertado, ni se indica los parámetros/valores para verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas. No indican ni detallan la marca, modelo, cumplimiento de normas de la mesa traslucida para procedimientos (Equipo periférico solicitado) en las EETT.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: Lo mencionado corresponde al análisis de cumplimiento de especificaciones técnicas, por tanto, los puntos serán analizados posteriormente en este informe.*

La oferta presentada por la empresa FALCON COM. & IND. S.A., para el ítem 3 "Equipo de Rayos X arco en C", no cuenta con catálogos o manuales donde se pueda verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas, de la información extraida del sitio web del fabricante, se verifica que el equipo cotizado no cumple con la posiblidad de guardar en memoria 150.000 imágenes o más, solo tiene capacidad de almacenamiento de 50.000 imágenes, no cumple.

No cumple con el rango de corriente de fluoroscopia contínua y pausada hasta 7mA. Siendo 5mA el valor máximo verificado en el catálogo oficial del fabricante Allengers. No presenta certificado de registro y habilitación de servicio técnico otorgado por el MSPBS.

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montanar
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: Lo mencionado corresponde al análisis de cumplimiento de especificaciones técnicas, por tanto, los puntos serán analizados posteriormente en este informe.*

El IVA presentado en el SIPE por la firma FALCON COM. & IND. S.A. se encuentra vencido al momento de la Apertura de sobres.

*DESCARGO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: Lo mencionado corresponde al análisis de cumplimiento la documentación formal, por tanto, los puntos serán analizados posteriormente en este informe.*

## 1. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SUSTANCIAL:

Conforme a los requisitos de calificación dispuestos en el Artículo 61° del Decreto N° 2992/2019, se verificaron los documentos de carácter sustancial que componen las ofertas presentadas. Se estableció que, a los efectos de indicar su cumplimiento se utilizará el criterio de CUMPLE o NO CUMPLE:

| N° | Empresa | Formulario Oferta y Planilla de Precios | Garantía de Mantenimiento de Oferta | Fotocopia simple de los documentos que acrediten la existencia legal de la persona jurídica tales como la Escritura Pública de Constitución y protocolización de los Estatutos Sociales. Público* | Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al oferente. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FALCON COM. & IND. S.A. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE SIPE N° 1625481 | CUMPLE SIPE N° 1625481 |
| 2 | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ SAC | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE SIPE N° 1626875 | CUMPLE SIPE N° 1626875 |
| 3 | INDEX S.A.C.I. | **NO CUMPLE** | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| 4 | LA CASA DEL MÉDICO S.A. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| 5 | CONSORCIO SUMI | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE SIPE N° 1625404 |
| 6 | ASUCOM S.A. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE SIPE N° 1625295 |
| 7 | DYSA HEALTHCARE S.A. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE SIPE N° 1627028 | CUMPLE SIPE N° 1627028 |

La siguiente oferta es **DESESTIMADA** por no cumplir con Documentos de Carácter Sustancial:

**INDEX S.A.C.I.**, el formulario de ofertas presentado no corresponde al de la presente licitación, debido a que presenta un formulario que no coincide con el publicado en la DNCP.

***Debido a lo expuesto, los demás criterios de evaluación ya no serán evaluados para esta empresa.***

## 2. SOLICITUDES DE DOCUMENTACIONES FORMALES Y ACLARACIONES:

En virtud a lo dispuesto por la Ley y su Decreto Reglamentario; el Comité de Evaluación ha considerado pertinente solicitar aclaraciones y documentaciones formales, respecto a las ofertas presentadas en los siguientes términos:

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Miriam Aguilar de Montanero
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| LA CASA DEL MÉDICO S.A. | |
|---|---|
| **Documento / Aclaración** | **Respuesta del Oferente** |
| Nómina de socios con copia simple de sus documentos de identidad según el formulario 05 del PBC. | Presenta Respuesta |
| Para el ítem 2: Remitir documentación (Catalogo, Inserto, etc) en la cual se constate el cumplimiento de las EETT, "GABINETE: Soporte para dos vaporizadores como mínimo…"; "VAPORIZADORES" todas la EETT de esta sección; "MONITOR MULTIPARAMETRICO" todas la EETT de esta sección; "ACCESORIOS" todas la EETT de esta sección. | Presenta Respuesta |
| Para el ítem 2: Remitir catalogo y Manual de Operaciones del Equipo ofertado. | Presenta Respuesta |
| Para el ítem 1: Catálogo Técnico del colchón ofertado en español, donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas. | Presenta Respuesta |
| Certificados que acrediten contar con personal técnico capacitado y habilitado por el fabricante a realizar servicio técnico a la marca de los equipos ofertados (en el caso de equipos médicos). | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 06/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 06/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |
| Se consulta la situación actual de la regencia de la empresa, con respecto al Certificado de Registro y Habilitación de fecha 23 de setiembre de 2019 vigente por 5 (cinco) años, correspondiente al Servicio Técnico de Mantenimiento y Taller de Dispositivos Médicos. Considerando que en su oferta presentan la renuncia del regente citado en el certificado. | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 30/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 30/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61. | Presenta Respuesta |
| Carta Poder otorgada por el fabricante, debidamente consularizado y legalizada o apostillado, para comercializar el producto ofertado, inscripta en el registro público de comercio (Para el ítem 1 no se visualiza la inscripción en el Registro Público del Comercio). | Presenta Respuesta |
| Certificado de calibración e inspección técnica. | Presenta Respuesta |
| Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | Presenta Respuesta |
| Declaración jurada que asegura la Capacitación del personal a cargo del funcionamiento del equipo, quedando a consideración de la convocante definir la cantidad de personas que serán capacitadas. | Presenta Respuesta |
| Documento que certifique la Garantía escrita de 2 (dos) años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | Presenta Respuesta |
| Declaración Jurada que garantice el Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. Presentar por escrito el cronograma del Mantenimiento preventivo a la Dirección Biomédica. | Presenta Respuesta |
| Declaración Jurada que garantice la Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 31/07/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 31/08/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |

| EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ SAC | |
|---|---|
| **Documento / Aclaración** | **Respuesta del Oferente** |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 06/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 06/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |
| Fotocopia simple de los Documentos de Identidad de los Representantes o apoderados de la sociedad. (Sr. Mauricio Singer) | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 30/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 30/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61. | Presenta Respuesta |
| Carta Poder otorgada por el fabricante, debidamente consularizado y legalizada o apostillado, para comercializar el producto ofertado, inscripta en el registro público de comercio (Para el ítem 3 no se visualiza la inscripción en el Registro Público del Comercio). | Presenta Respuesta |

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Lic. Myriam Aguilar de Montanor
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | |
|---|---|
| Para los representantes o distribuidores, Declaración Jurada de poseer la capacidad de suministro en cantidad y tiempo solicitado otorgado por el fabricante | Presenta Respuesta |
| Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | Presenta Respuesta |
| Documento que certifique la Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | Presenta Respuesta |
| Declaración Jurada que garantice el Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. | Presenta Respuesta |
| Declaración Jurada que garantice la Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | Presenta Respuesta |
| Declaración Jurada que garantice la Capacitación de uso a técnicos de por lo menos 40 horas. | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 31/07/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 31/08/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |

| **FALCON COMERCIAL E INDUSTRIAL S.A.** | |
|---|---|
| **Documento / Aclaración** | **Respuesta del Oferente** |
| Para el ítem 3: Catálogo del equipo ofertado en español, donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas. | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 06/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 06/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 30/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 30/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61. | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 31/07/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 31/08/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |

| **DYSA HEALTHCARE S.A.** | |
|---|---|
| **Documento / Aclaración** | **Respuesta del Oferente** |
| Para el ítem 2: Remitir documentación (Catalogo, Inserto, etc) en la cual se constate el cumplimiento de las EETT, "GABINETE: Soporte para dos vaporizadores como mínimo…"; "ABSORVEDOR DE GAS: Canister reutilizable y esterilizable…, Canister con válvula bypass…"; "VAPORIZADORES: Tres vaporizadores como mínimo…"; "MONITOR MULTIPARAMETRICO: Analizador de gases anestésicos que incluyan…"; "ACCESORIOS" todas la EETT de esta sección. | Presenta Respuesta |
| Para el ítem 3: Catálogo Técnico del equipo ofertado en español, donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas | Presenta Respuesta |
| Para el ítem 3: Explicación detallada de la composición del precio. | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 06/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 06/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 30/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 30/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61. | Presenta Respuesta |
| Para el ítem 1: Carta Poder otorgada por el fabricante, debidamente consularizado y legalizada o apostillado, para comercializar el producto ofertado, inscripta en el registro público de comercio. Se solicita actualización del documento, atendiendo que ha vencido el 15 de mayo de 2021 | Presenta Respuesta |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 31/07/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 31/08/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |

| **ASUCOM S.A.** | |
|---|---|
| **Documento / Aclaración** | **Respuesta del Oferente** |
| Para el ítem 3: Remitir catálogo y manual de operaciones del equipo ofertado. | **No presenta respuesta** |

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montanez
Jefa Serv. Anestesiologia
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | |
|---|---|
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 06/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 06/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | **No presenta respuesta** |

| **CONSORCIO SUMI** | |
|---|---|
| **Documento / Aclaración** | **Respuesta del Oferente** |
| Para el ítem 3: Remitir catálogo y manual de operaciones del equipo ofertado. | **No presenta respuesta** |
| Extensión de la Validez de la Oferta hasta el 06/06/2021, así también de la Extensión de la Garantía de Mantenimiento de Ofertas hasta el 06/07/2021, conforme lo establece el Art. 39 de la Ley 2051/03 y el Decreto Reglamentario N° 2992/2019 en su Art. 61 | Presenta Respuesta |

Las empresas **ASUCOM S.A. y CONSORCIO SUMI** no han dado respuestas a las notas de solicitud y, en consecuencia, sus ofertas son **DESESTIMADAS**.

## 3. TABLA COMPARATIVA DE PRECIOS DE LAS OFERTAS:

Se elaboró el Cuadro Comparativo de Ofertas por cada Ítem ofertado, considerando el sistema de adjudicación. Se anexa el cuadro al presente Informe de Evaluación. **(ANEXO I)**

## 4. VERIFICACIÓN DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

Conforme al ***Artículo 63 del Decreto N° 2992/19*** las ofertas fueron agrupadas en orden numérico de menor a mayor y se seleccionó provisoriamente las ofertas con menor precio para el análisis de especificaciones técnicas. Para tal efecto, se solicitó asistencia técnica a un representante de la Dirección Biomédica de la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud (DGGIES) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar social.

A continuación, se detalla un resumen del cumplimiento de este criterio:

| Ítem | EMPRESA | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1RA OFERTA: LA CASA DEL MÉDICO | CUMPLE |
| 2 | 1RA OFERTA: DYSA HEALTHCARE S.A. | NO CUMPLE |
| 2 | 2DA OFERTA: LA CASA DEL MÉDICO | CUMPLE |
| 3 | 1RA OFERTA: DYSA HEALTHCARE S.A. | NO CUMPLE |
| 3 | 2DA OFERTA: FALCON COM. & IND. S.A. | NO CUMPLE |
| 3 | 3RA OFERTA: EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | CUMPLE |

ÍTEM 1: el Comité de Evaluación refrenda el informe técnico del personal de apoyo de la DGGIES.

ÍTEM 2: el Comité de Evaluación refrenda el informe técnico de la DRA. MYRIAN AGUILAR.

ÍTEM 3: el Comité de Evaluación refrenda el informe técnico del DR. RAFAEL GONZÁLEZ RAHI.

Los documentos respaldatorios forman parte íntegra del presente informe, conforme al **(ANEXO II)**

**ACLARACIÓN IMPORTANTE:** Este comité basándose en el ***Artículo 63 del Decreto 2992/19,*** a partir de este punto consideró únicamente las ofertas presentadas por las firmas **LA CASA DEL MÉDICO S.A. y EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C.,** correspondientes a las ofertas con menor precio y calificadas según Especificaciones Técnicas; para la verificación y análisis del cumplimiento de los demás criterios técnicos durante el proceso de evaluación.

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

## 5. ANÁLISIS DE LOS PRECIOS OFERTADOS:

Los precios ofertados de las empresas que continúan en competencia, se ajustan a las disposiciones legales vigentes.

## 6. CERTIFICADO DE PRODUCTO Y EMPLEO NACIONAL y MARGEN DE PREFERENCIA LOCAL

Este criterio no es aplicado, debido a que no se presentan ofertas con procedencia Nacional.

## 7. CRITERIO PARA DESEMPATE DE OFERTAS:

Este criterio no es aplicado, debido a que no se visualiza empate de precios en ítem alguno.

## 8. CALIFICACIÓN LEGAL:

Para determinar que las empresas participantes no se encuentran comprendidas en las prohibiciones establecidas en el Art 40 Inc. a) y b) de la Ley 2051/03, este Comité verificó en el PORTAL ÚNICO DE GOBIERNO (www.paraguay.gov.py) si las personas citadas más abajo, Representantes de las firmas oferentes; figuran en la base de datos como funcionarios públicos. Los resultados arrojados se detallan en el siguiente cuadro y las constancias de los mismos forman parte de la presente acta.

| 1. LA CASA DEL MÉDICO S.A. | | | |
|---|---|---|---|
| **Cédula/Documento** | **Nombre y Apellido** | **Número de Constancia** | **Observación** |
| 860.623 | CARLOS R. CLARI CAMPS | 1190054 | NO REGISTRA DATOS |
| 4.010.760 | ROCÍO ACUÑA MARTÍNEZ | 1190062 | NO REGISTRA DATOS |

| 2. EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | | | |
|---|---|---|---|
| **Cédula/Documento** | **Nombre y Apellido** | **Número de Constancia** | **Observación** |
| 3.528.745 | DELIA MARÍA JOSÉ GARAY | 1193170 | NO REGISTRA DATOS |
| 458.593 | PATRICIA MARGARITA GRANDA DE SERRATI | 1193147 | NO REGISTRA DATOS |
| 134.959 | JOSÉ ROMUALDO GRANDA FLORES | 1193151 | NO REGISTRA DATOS |
| 566.269 | ADOLFO ESTEBAN RAMÍREZ RODRÍGUEZ | 1193155 | NO REGISTRA DATOS |
| 350.040 | MAURICIO SERRATI SINGER | 1193157 | NO REGISTRA DATOS |
| 2.463.292 | PAULINA GRANDA SERRATI | 1193161 | NO REGISTRA DATOS |
| 3.563.645 | NICOLÁS SERRATI GRANDA | 1193164 | NO REGISTRA DATOS |
| 3.583.509 | ISABELLA SERRATI GRANDA | 1193168 | NO REGISTRA DATOS |

Además, vale mencionar:

Que, conforme Memorándum DOC Nº 90/2021 de fecha 24/02/2021, se solicita a la Dirección General de Asesoría Jurídica, informe sobre rescisión Contractual de las empresas participantes, con respecto al cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 40 inciso "c" de la Ley 2051/03.

Que, mediante Memorándum A.J. Nº 536/2021, de fecha 26/02/2021, la Dirección General de Asesoría Jurídica informa en consecuencia a lo solicitado, "que no obran antecedentes ni resoluciones de RESCISIÓN DE CONTRATO con las empresas "ASUCOM S.A., EDUARDO ELIZECHE BENITEZ S.A.C., CONSORCIO SUMI, FALCON COMERCIAL E IND. S.A., DYSA HEALTHCARE S.A., LA CASA DEL MÉDICO S.A. e INDEX S.A.C.I., a partir del ejercicio fiscal 2018 hasta la fecha.

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Lic. Myriam Aguilar de Montanero
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Así también, según Memorándum D.E.C. N° 057/2021 de fecha 02/03/2021, la Sra. Noelia Fariña Directora de la Dirección Administrativa-DGAF, informa en contestación al pedido de verificación del cumplimiento del Art. 40 inc. e) requerido por Memorando DOC Nº 91/2021 cuanto sigue: *"En esta dependencia son verificados los expedientes ya conformados por los administradores de contratos de cada dependencia, según los registros del sistema y los expedientes pendientes de cancelación, obrante en esta dependencia no registran incumplimiento contractual"*.

En conclusión, este Comité de Evaluación, con respaldo documental de los análisis realizados, *determina que las empresas participantes no se encuentran comprendidas en las prohibiciones establecidas en el Art 40 de la Ley 2051/03*.

## 9. REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN:

Según lo establecido en las bases y condiciones del llamado, ser verificó la presentación y cumplimiento de los siguientes documentos:

| REF. | EMPRESA | CONSTANCIA SIPE N° | CRITERIO | ABREVIATURA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | LA CASA DEL MÉDICO S.A. | NO PRESENTA | Cumple | C |
| 2 | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | 1626875 | No cumple | NC |
| | | | No presenta | NP |
| | | | No Aplica | N/A |

| DOCUMENTO | 1 | 2 |
|---|---|---|
| **1. Formulario de Oferta (*)** | C | C |
| **2. Garantía de Mantenimiento de Oferta (*)** | C | C |
| 3. Certificado de Cumplimiento con la Seguridad Social (**) | C | C |
| 4. Certificado de Producto y Empleo Nacional, emitido por el MIC, en caso de contar. (**) | N/A | N/A |
| 5. Constancia de presentación de la **"Declaración Jurada de bienes y rentas, activos y pasivos"** ante la Contraloría General de la República, para los sujetos obligados en el marco de la Ley N° 6355/19. (**) | C | C |
| 6. Certificado de Cumplimiento Tributario. (**) | C | C |
| 7. Patente comercial del municipio en donde esté asentado el establecimiento principal del oferente. (**) | C | C |
| **8. Documentos legales** | | |
| **a. Oferentes Individuales. Personas Físicas.** | N/A | N/A |
| **b. Oferentes Individuales. Personas Jurídicas.** | **1** | **2** |
| a) Fotocopia simple de los documentos que acrediten la existencia legal de la persona jurídica tales como la Escritura Pública de Constitución y protocolización de los Estatutos Sociales. Los estatutos deberán estar inscriptos en la Sección Personas Jurídicas de la Dirección de Registros Públicos. (*) | C | C |
| b) Constancia de inscripción en el Registro Único de Contribuyentes. | C | C |
| c) Fotocopia simple de los documentos de identidad de los representantes o apoderados de la sociedad. | C | C |
| d) Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al oferente. Estos documentos pueden consistir en: un poder suficiente otorgado por Escritura Pública (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); o los documentos societarios que justifiquen la representación del firmante, tales como las actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas. (*) | C | C |
| **c. Oferentes en Consorcio.** | N/A | N/A |

## 10. CAPACIDAD FINANCIERA

El Comité de Evaluación procede a solicitar al Departamento de Asesoría Jurídica - DOC la elaboración del ANÁLISIS DE RATIOS FINANCIEROS de las Empresas Oferentes, a fin de

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

determinar si las mismas cuentan con las calificaciones y la capacidad financiera necesaria para ejecutar contratos.

| EMPRESA | ÍNDICE | PROMEDIO | CALIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | RATIO DE LIQUIDEZ | 1,29 | CUMPLE |
| | ENDEUDAMIENTO | 0,67 | CUMPLE |
| | RENTABILIDAD | 0,59 | CUMPLE |
| LA CASA DEL MÉDICO S.A. | RATIO DE LIQUIDEZ | 3,42 | CUMPLE |
| | ENDEUDAMIENTO | 0,37 | CUMPLE |
| | RENTABILIDAD | 0,08 | CUMPLE |

El detalle de los cálculos realizados se podrá visualizar conforme al **(ANEXO III)**

## 11. EXPERIENCIA REQUERIDA

Seguidamente, se procede al Análisis de la Experiencia de las Empresas Oferentes, de conformidad a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones:

| EMPRESA OFERENTE | MONTO TOTAL OFERTADO (Gs.) | 25% DEL MONTO OFERTADO (Gs.) | CONTRATOS EJECUTADOS (Gs.) | CALIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | 5.060.000.000.- | 1.265.000.000.- | 19.657.999.999.- | CUMPLE |
| LA CASA DEL MÉDICO S.A. | 12.097.000.000.- | 3.024.250.000.- | 4.208.380.000.- | CUMPLE |

## 12. CAPACIDAD TÉCNICA

| CRITERIO | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | LA CASA DEL MÉDICO S.A. |
|---|---|---|
| Capacidad en provisión de bienes, demostrables con copias de Certificados de bienes donde conste el desempeño satisfactorio del Oferente, expedidos por Instituciones Públicas y/o Privadas dentro de los últimos 03 (tres) años. Dicho documento deberá estar debidamente sellado y firmado por el responsable que lo emitió. | CUMPLE | CUMPLE |
| Empresa habilitada como importador/comercializador/distribuidor de dispositivos médicos. | CUMPLE | CUMPLE |
| Empresa con Servicio Técnico habilitada por el M.S.P. y B.S. | CUMPLE | CUMPLE |
| Contar con personal Técnico acreditado para el Servicio Técnico. | CUMPLE | CUMPLE |

Los requisitos documentales fueron verificados por el personal técnico de apoyo designado por la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud (DGGIES), cuyo informe detallado obra en el expediente del llamado.

| REQUISITOS DOCUMENTALES | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | LA CASA DEL MÉDICO S.A. |
|---|---|---|
| **1.** Autorización de Apertura y Funcionamiento como importador Vigente, como importador, o representante o distribuidor y servicio de mantenimiento técnico de dispositivos médicos expedida por la DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA dependiente del MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. | CUMPLE | CUMPLE |
| **2.** Habilitación Vigente expedida por el M.S.P. Y B.S. como Servicio Técnico. | CUMPLE | CUMPLE |
| **3.** Copias de 3 (tres) Certificados o Actas de Recepción de EQUIPOS | CUMPLE | CUMPLE |

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Lic. Miriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| REQUISITOS DOCUMENTALES | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | LA CASA DEL MÉDICO S.A. |
|---|---|---|
| MÉDICOS expedidas por Instituciones Públicas o Privadas dentro de los últimos 05 (cinco) años | | |
| **4.** El Oferente deberá garantizar que repondrán gratuitamente dentro de los límites de la República del Paraguay, en cualquier lugar o donde ocurriere la falla de algún equipo que se haya dañado por causas de los bienes e insumos proveídos debido al diseño, material o fabricación defectuosa. | CUMPLE | CUMPLE |
| **5.** Declaración Jurada donde el oferente garantice que el equipo suministrado estarán libres de defectos y son nuevos y no remanufacturados. | CUMPLE | CUMPLE |
| **6.** Declaración Jurada que todos los componentes y/o repuestos deberán estar habilitados acordes a Normas Internacionales y al protocolo del fabricante de la marca de los equipos. | CUMPLE | CUMPLE |
| **7.** Declaración Jurada donde el oferente garantice la existencia de repuestos y accesorios en el mercado por lo menos 5 años después de la adquisición del equipo - Para el ítem 2 y 3. | CUMPLE | CUMPLE |
| • Autorización del fabricante:<br>• Carta Poder otorgada por el fabricante, debidamente consularizado y legalizada o apostillado, para comercializar el producto ofertado, inscripta en el registro público de comercio. | CUMPLE S/NOTA DE RESPUESTA | CUMPLE S/NOTA DE RESPUESTA |
| • Para los Fabricantes, Declaración Jurada de poseer la capacidad de producción para proveer la cantidad ofertada en el tiempo solicitado | NO APLICA | NO APLICA |
| • Para los representantes o distribuidores, Declaración Jurada de poseer la capacidad de suministro en cantidad y tiempo solicitado otorgado por el fabricante | CUMPLE S/NOTA DE RESPUESTA | CUMPLE |
| **8.** Certificados que acrediten contar con personal técnico capacitado y habilitado por el fabricante a realizar servicio técnico a la marca de los equipos ofertados (en el caso de equipos médicos). | CUMPLE | CUMPLE S/NOTA DE RESPUESTA |
| **9.** Catálogo Técnico del equipo ofertado en español. | CUMPLE | CUMPLE |
| **10.** Certificación emitida por el fabricante o representante de que el equipo ofertado es nuevo, sin uso y no remanufacturado. | CUMPLE | CUMPLE |
| **11.** Declaración Jurada de compromiso de presentar la garantía técnica de los bienes ofertados en caso de resultar adjudicado para la firma del contrato | CUMPLE | CUMPLE |
| **12.** Autorización Vigente como empresa IMPORTADOR/EXPORTADOR de fuentes de radiación ionizante, emitida por la autoridad Reguladora Radiológica Nuclear (ARRN) creada por Ley 5169/2014. PARA EL ÍTEM N° 3. | CUMPLE | NO APLICA |
| **13.** Autorización Vigente de la empresa para realizar Servicio Técnico de Reparación y Mantenimiento a Equipos Generadores de Radiación Ionizante emitida Categorías 1, 2, 3, 4 y 5 por la Autoridad Radiológica Nuclear (ARRN) creada por Ley 5169/2014. PARA EL ÍTEM N° 3. | CUMPLE | NO APLICA |
| **14. PARA EL ÍTEM N° 2** | | |
| • Certificado de calibración e inspección técnica. | NO APLICA | CUMPLE |
| • Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | NO APLICA | CUMPLE |
| • Declaración jurada que asegura la Capacitación del personal a cargo del funcionamiento del equipo, quedando a consideración de la convocante definir la cantidad de personas que serán capacitadas. | NO APLICA | CUMPLE |
| • Documento que certifique la Garantía escrita de 2 (dos) años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | NO APLICA | CUMPLE |
| • Declaración Jurada que garantice el Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. Presentar por escrito el cronograma del Mantenimiento preventivo a la Dirección Biomédica. | NO APLICA | CUMPLE |
| • Declaración Jurada que garantice la Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | NO APLICA | CUMPLE |
| **15. PARA EL ÍTEM N° 3** | | |

Abog. Olivia Ruiz Diaz

Lic. Miriam Aguilar de Montanez
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 43931
Hospital de Trauma

| REQUISITOS DOCUMENTALES | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | LA CASA DEL MÉDICO S.A. |
|---|---|---|
| • Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | CUMPLE | NO APLICA |
| • Documento que certifique la Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | CUMPLE | NO APLICA |
| • Declaración Jurada que garantice el Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. | CUMPLE | NO APLICA |
| • Declaración Jurada que garantice la Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | CUMPLE | NO APLICA |
| • Declaración Jurada que garantice la Capacitación de uso a técnicos de por lo menos 40 horas. | CUMPLE | NO APLICA |

## 13. OTROS CRITERIOS QUE LA CONVOCANTE REQUIERA:

| CRITERIO | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | LA CASA DEL MÉDICO S.A. |
|---|---|---|
| Declaración Jurada de conocer y aceptar el Pliego de Bases y Condiciones y las Adendas. | CUMPLE | CUMPLE |
| Certificado de Cuenta Corriente y/o Caja de Ahorro Bancario. | CUMPLE | CUMPLE |

## 14. VERIFICACIÓN DEL REGISTRO DE INHABILITADOS EN EL SICP:

Las empresas participantes no se encuentran inhabilitadas para contratar con el Estado Paraguayo, según fue verificado en el Sistema de Información de Contrataciones Púbicas (SICP).

## 15. RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN EVALUADORA:

En base a las consideraciones expuestas en el presente informe y de conformidad a los Artículos 26, 27 y 28 de la Ley N° 2051/03 "De Contrataciones Públicas" y los Artículos 59 al 63 del Decreto Reglamentario N° 2992/19, ***el Comité de Evaluación de Ofertas, Sugiere y Recomienda***:

**a)** ***Adjudicar el presente Llamado***, a las siguientes empresas según el siguiente detalle:

**LA CASA DEL MÉDICO S.A.**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | PRESENTACIÓN | MARCA | PROCEDENCIA | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | MONTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cama manual para paciente | Unidad | Unidad | JIANGSU SAIKANG | CHINA | 200 | 4.485.000 | 897.000.000 |
| 2 | Máquina de anestesia | Unidad | Unidad | GENERAL ELECTRIC | CHINA | 50 | 224.000.000 | 11.200.000.000 |
| **MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR** | | | | | | | | **12.097.000.000** |
| **SON GUARANÍES: DOCE MIL NOVENTA Y SIETE MILLONES.-** | | | | | | | | |

**EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C.**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | PRESENTACIÓN | MARCA | PROCEDENCIA | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | MONTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Equipo de rayos X arco en C - Portatil | Unidad | Unidad | SIEMENS | ALEMANIA | 10 | 506.000.000 | 5.060.000.000 |
| **MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR** | | | | | | | | **5.060.000.000** |
| **SON GUARANÍES: CINCO MIL SESENTA MILLONES.-** | | | | | | | | |

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

**RESUMEN FINAL DE LA RECOMENDACIÓN DE ADJUDICACIÓN:**

| EMPRESA | ÍTEMS | MONTO TOTAL |
|---|---|---|
| LA CASA DEL MÉDICO S.A. | 1 y 2 | 12.097.000.000 |
| EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ S.A.C. | 3 | 5.060.000.000 |
| **MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR** | | **17.157.000.000** |

**SON GUARANÍES: DIECISIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES. -------**

Este informe concluye en fecha 14 de julio del 2021, sin poder dar cumplimiento al plazo máximo para la comunicación del resultado de la evaluación de las ofertas, conforme a las disposiciones legales vigentes; esto, debido a la complejidad del llamado y de los bienes a ser adquiridos. Cabe mencionar que, a lo largo del proceso de evaluación de ofertas, se han cursado varias notas a los oferentes, así como a otras dependencias; de modo a solicitar aclaraciones y dilucidar dudas que se creyó conveniente esclarecer.

Sumado a lo mencionado, la situación epidemiológica por la que atravesamos, ha provocado que varias dependencias de esta institución trabajen en cuadrillas, así como el aislamiento de los funcionarios debido al contagio masivo; provocando que los procesos internos se vean afectados y ralentizados.

**ABG. OLIVIA RUIZ DÍAZ**
Comité de Evaluación

**DRA. MYRIAN AGUILAR**
Comité de Evaluación
Dra. Myriam Aguilar de Montanero
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

**DR. RAFAEL GONZÁLEZ RAHI**
Comité de Evaluación
Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

# ANEXO I

## CUADRO COMPARATIVO DE PRECIOS

Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO
NACIONAL

Paraguay
de la gente

# CUADRO COMPARATIVO DE OFERTAS

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 83/20 "ADQUISICIÓN DE CAMA MANUAL PARA PACIENTES; MAQUINA DE ANESTESIA Y EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C PORTATIL – COVID 19" - I.D. N° 385.769**

| | | | | | | LA CASA DEL MEDICO S.A. | | | | | DYSA HEALTHCARE S.A | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Item | Nombre Generico | Presentación | Unidad de Medida | Cantidad | Precio Referencial | Marca | Procedencia | Precio Unitario (IVA incluido) | Precio Total | % de Variacion | Marca | Procedencia | Precio Unitario | Precio Total | % de Variacion |
| 1 | CAMA MANUAL PARA PACIENTE | UNIDAD | UNIDAD | 200 | 5.455.000 | JIANGSU SAIKANG | CHINA | 4.485.000 | 897.000.000 | -18 | MUBI | COLOMBIA | 4.875.000 | 975.000.000 | -11 |
| 2 | MAQUINA DE ANESTESIA | UNIDAD | UNIDAD | 50 | 250.000.000 | GENERAL ELECTRIC | CHINA | 224.000.000 | 11.200.000.000 | -10 | PENLON / PHILIPS | INGLATERRA / ALEMANIA | 223.980.000 | 11.199.000.000 | -10 |
| 3 | EQUIPOS DE RAYOS X ARCO EN C - PORTATIL | UNIDAD | UNIDAD | 10 | 635.509.500 | | | | - | -100 | DK MEDICAL SYSTEMS | KOREA | 433.000.000 | 4.330.000.000 | -32 |
| | | | | | | | | | 12.097.000.000 | | | | | 16.504.000.000 | |

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Myriam Aguilar de Montanero
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO
NACIONAL

Paraguay
de la gente

# CUADRO COMPARATIVO DE OFERTAS

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 83/20 "ADQUISICIÓN DE CAMA MANUAL PARA PACIENTES; MAQUINA DE ANESTESIA Y EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C PORTATIL – COVID 19" - I.D. N° 385.769**

| | | | | | | FALCON COM. & IND. S.A. | | | | | EDUARDO ELIZECHE BENÍTEZ SAC | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Item | Nombre Generico | Presentación | Unidad de Medida | Cantidad | Precio Referencial | Marca | Procedencia | Precio Unitario (IVA incluido) | Precio Total | % de Variacion | Marca | Procedencia | Precio Unitario | Precio Total | % de Variacion |
| 1 | CAMA MANUAL PARA PACIENTE | UNIDAD | UNIDAD | 200 | 5.455.000 | | | | - | -100 | | | | - | -100 |
| 2 | MAQUINA DE ANESTESIA | UNIDAD | UNIDAD | 50 | 250.000.000 | | | | - | -100 | | | | - | -100 |
| 3 | EQUIPOS DE RAYOS X ARCO EN C - PORTATIL | UNIDAD | UNIDAD | 10 | 635.509.500 | ALLENGERS | INDIA | 437.000.000 | 4.370.000.000 | -31 | SIEMENS | ALEMANIA | 506.000.000 | 5.060.000.000 | -20 |
| | | | | | | | | | 4.370.000.000 | | | | | 5.060.000.000 | |

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Lic. Miriam Aguilar de Montanez
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO
NACIONAL

Paraguay
de la gente

# CUADRO COMPARATIVO DE OFERTAS

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 83/20 "ADQUISICIÓN DE CAMA MANUAL PARA PACIENTES; MAQUINA DE ANESTESIA Y EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C PORTATIL – COVID 19" - I.D. N° 385.769**

| | | | | | | CONSORCIO SUMI | | | | | ASUCOM S.A. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Item | Nombre Generico | Presentación | Unidad de Medida | Cantidad | Precio Referencial | Marca | Procedencia | Precio Unitario (IVA incluido) | Precio Total | % de Variacion | Marca | Procedencia | Precio Unitario | Precio Total | % de Variacion |
| 1 | CAMA MANUAL PARA PACIENTE | UNIDAD | UNIDAD | 200 | 5.455.000 | | | | - | -100 | | | | - | -100 |
| 2 | MAQUINA DE ANESTESIA | UNIDAD | UNIDAD | 50 | 250.000.000 | | | | - | -100 | | | | - | -100 |
| 3 | EQUIPOS DE RAYOS X ARCO EN C - PORTATIL | UNIDAD | UNIDAD | 10 | 635.509.500 | SHIMADZU | JAPÓN | 690.000.000 | 6.900.000.000 | 9 | ITALRAY | ITALIA | 700.000.000 | 7.000.000.000 | 10 |
| | | | | | | | | | 6.900.000.000 | | | | | 7.000.000.000 | |

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Mariana Zapata de Montano
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

# ANEXO II

## INFORME DE CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

# EVALUACION TECNICA DE LA OFERTAS – LPN Nº 83/2020 – ID Nº 385769

"ADQUISICION DE CAMA MANUAL PARA PACIENTES; MAQUINA DE ANESTESIA Y EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C PORTATIL - COVID-19"

ÍTEM 1 – CAMA MANUAL PARA PACIENTE.

Se procede a verificar la PRIMERA mejor oferta presentada por la firma LA CASA DEL MEDICO S.A.

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | VERIFICACIÓN DE LAS OFERTAS (cumple / no cumple) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CAMA MANUAL PARA PACIENTE | CAMA MANUAL | **Cama hospitalaria de un movimiento con colchón forrado en cuerina** | **Primera mejor oferta: LA CASA DEL MEDICO S.A.**<br>**Cama hospitalaria de un movimiento con colchón forrado en cuerina** |
| | | | Especificar: MARCA,<br>MODELO,<br>PROCEDENCIA y<br>AÑO DE FABRICACIÓN | MARCA: JIANGSU SAIKANG<br>MODELO: A1K<br>PROCEDENCIA: CHINA<br>AÑO DE FABRICACIÓN: 2020 |
| | | | **Características Generales:** | **Características Generales:** |
| | | | Construcción acorde a normas internacionales: FDA o CE o MERCOSUR | Normas de calidad: ISO 13485; FDA y CE **(CUMPLE, PRESENTA CERTIFICADOS)** |
| | | | Estructura tubular de acero con acabado al cromo o satinada con pintura secada al horno | Estructura tubular de acero con acabado al cromo o satinada con pintura secada al horno **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Cantos redondeados. | Cantos redondeados. **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Facilidad de limpieza, desinfección y mantenimiento. | Fácil limpieza, desinfección y mantenimiento **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Lecho de un solo movimiento | Lecho de un solo movimiento **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Con ruedas de 4" con frenos en dos de ellas como mínimo. | Ruedas de 5" con frenos en las cuatro ruedas. **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Capacidad Máxima: 200Kg aproximadamente | Capacidad Máxima: 250 Kg **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | **Colchón:** | **Colchón, Marca SAIKANG Modelo SKP104** |
| | | | Confeccionado base de espuma resistente, cantos redondeados, superficie lisa, lavable y sin costura. | Confeccionado base de espuma resistente, cantos redondeados, superficie lisa, lavable y sin costura. **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Dimensiones acorde a las medidas y forma de la cama con la que se utilizará | Dimensiones acorde a las medidas y forma de la cama con la que se utilizará **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Espesor 15cm aproximadamente | Espesor 15cm **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | Forrado con cuerina sin costura unicolor | Forrado con cuerina sin costura unicolor **(CUMPLE SEGÚN CATALOGO)** |
| | | | **Accesorios:** | **Accesorios:** |
| | | | Porta Suero de 2 servicios (OPCIONAL) | Porta Suero de 2 servicios **(CUMPLE, planilla de especificaciones técnicas proveerá)** |
| | | | Garantía Escrita de 1 (un) año como mínimo a partir de la instalación y funcionamiento en la institución designada, ante cualquier falla con provisión de materiales necesarios para su reparación. | Garantía Escrita de 1 (un) año como mínimo a partir de la instalación y funcionamiento en la institución designada, ante cualquier falla con provisión de materiales necesarios para su reparación. **(CUMPLE, planilla de especif.)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Inspección Tecnologica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Lic. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Manual de usuario y de servicio técnico. | Manual de usuario y de servicio técnico. **(CUMPLE, planilla de especif. tec.)** |

**OBSERVACIÓN 1**: la PRIMERA mejor oferta presentada por la firma LA CASA DEL MEDICO S.A. en el ÍTEM 1 **CUMPLE** con todos los requerimientos técnicos solicitados en el Pliego de Bases y Condiciones y sus correspondientes Adendas, se recomienda adjudicar.

ÍTEM 2 – MAQUINA DE ANESTESIA.

Se procede a verificar la PRIMERA mejor oferta presentada por la firma DYSA HEALTHCARE S.A.

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | VERIFICACIÓN DE LAS OFERTAS (cumple / no cumple) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **Primera mejor oferta: DYSA Healthcare S.A.** |
| | | | **MAQUINA DE ANESTESIA** | **MAQUINA DE ANESTESIA** |
| 2 | **MAQUINA DE ANESTESIA** | Datos Generales | Máquinas de Anestesia con Monitor | Máquinas de Anestesia con Monitor |
| | | | Especificar: MARCA,<br>MODELO,<br>PROCEDENCIA y<br>AÑO DE FABRICACIÓN | MARCA: PENLON / PHILIPS<br>MODELO: PRIMA 465 / EFFICIA CM150<br>PROCEDENCIA: INGLATERRA / ALEMANIA<br>AÑO DE FABRICACIÓN: 2020 Y 2021 |
| | | | Construcción acorde a normas internacionales ISO, CE, UL, FDA, TÜV, JIS, MERCOSUR, al menos dos de ellos. | Construcción acorde a normas internacionales ISO 13485 y CE **(CUMPLE, PRESENTA CERTIFICADOS)** |
| | | | **Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada.** | **Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada. (CUMPLE)** |
| | | | Sistema de respiración avanzada. | Sistema de respiración avanzada. **(CUMPLE)** |
| | | | Interruptor Bag/vent para apagar y encender el ventilador. | Interruptor Bag/vent para apagar y encender el ventilador. **(CUMPLE)** |
| | | | Facilidad de desmontaje (sin herramientas). | Facilidad de desmontaje (sin herramientas). **(CUMPLE)** |
| | | | Totalmente esterilizable en autoclave y componentes sin látex. | Totalmente esterilizable en autoclave. **(NO CUMPLE, no todas sus partes son autoclavables, ver manual del usuario página 80 y 81, presentado según nota del 26/02/2021, Sensores de presión diferencial de flujo "No use el autoclave"; Sensor de oxígeno "No lo sumerja en líquido ni lo esterilice en autoclave"; Manómetro de vías aéreas "No use autoclave" y catalogo presentado página 7 – Limpieza y Desinfección)** |
| | | Gabinete | **Gabinete** | **Gabinete** |
| | | | Soporte para dos vaporizadores como mínimo. Conexión tipo SELECTATEC compatible con otras máquinas de anestesia | Soporte para dos vaporizadores como mínimo. Conexión tipo SELECTATEC compatible con otras máquinas de anestesia **(CUMPLE)** |
| | | | Montaje de ventilador interconstruidos o integrado, conexiones a O2, NO2, aire comprimido | Montaje de ventilador interconstruidos o integrado, conexiones a O2, NO2, aire comprimido **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiologia
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Manómetros interconstruidos para tomas murales y para cilindros. | Manómetros interconstruidos para tomas murales y para cilindros. **(CUMPLE)** |
| | | | Cuatro ruedas al menos dos de ellas con frenos, al menos dos cajones integrados al equipo | Cuatro ruedas al menos dos de ellas con frenos, al menos dos cajones integrados al equipo **(CUMPLE)** |
| | | Ventilador or Caracteristicas Técnicas Mínimas | **Ventilador** | **Ventilador** |
| | | | Ventilador micro procesado a fuelle, pistón o electrónico para gases anestésicos. | Ventilador micro procesado a fuelle, pistón o electrónico para gases anestésicos. **(CUMPLE)** |
| | | | Ventilación de pacientes pediátricos y adultos. | Ventilación de pacientes pediátricos y adultos. **(CUMPLE)** |
| | | | Con medición y aplicación de los parámetros respiratorios en pantalla LCD color, de 7 pulgadas como mínimo. | Con medición y aplicación de los parámetros respiratorios en pantalla LCD color, de 7 pulgadas como mínimo. **(CUMPLE)** |
| | | | **Modos de volumen y de presión con PEEP electrónica. Modos de ventilación como mínino: VCV, PCV, VCV/A, PCV/A, SIMV/V, SIMV/P, PSV, MANUAL Y ESPONTANEA** | **Modos de volumen y de presión con PEEP electrónica. Modos de ventilación como mínino: VCV, PCV, VCV/A, PCV/A, SIMV/V, SIMV/P, PSV, MANUAL Y ESPONTANEA (CUMPLE)** |
| | | | Medición de FIO2 en línea (99 % de O2 inspirado), volumen corriente inspirado/expirado, presión de las vías respiratorias. | Medición de FIO2 en línea (99 % de O2 inspirado), volumen corriente inspirado/expirado, presión de las vías respiratorias. **(CUMPLE)** |
| | | | Ventilación mecánica y manual. | Ventilación mecánica y manual. **(CUMPLE)** |
| | | | Despliegue de curva de presión y curva de flujo o de volumen, por lo menos dos de ellas en simultaneo. | Despliegue de curva de presión y curva de flujo o de volumen, por lo menos dos de ellas en simultaneo. **(CUMPLE)** |
| | | | Control para ajuste de volumen de 30ml. a 1500ml. | Control para ajuste de volumen de 10 ml a 1600 ml. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de frecuencia respiratoria de 5rpm (o menor) a 90rpm (o mayor). | Control de frecuencia respiratoria de 0 rpm a 100 rpm. **(CUMPLE)** |
| | | | Control para ajustes de relación I:E entre 2:1 a 1:8. | Control para ajustes de relación I:E entre 4:1 a 1:10. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de PEEP electrónico e integrado con rango de 4cm (o menor) de H2O a 25cm (o mayor) de H2O. | Control de PEEP electrónico con rango de 3 cm de H2O a 30 cm de H2O. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de presión inspirada de 5cm a 50cm de H2O. El modo presión debe ser con flujo inspiratorio automático adaptable a la mecánica del paciente. | Control de presión inspirada de 0 cm a 70 cm de H2O. El modo presión debe ser con flujo inspiratorio automático adaptable a la mecánica del paciente. **(CUMPLE)** |
| | | | Flujo inspiratorio: 120 LPM o mayor. | Flujo inspiratorio: 120LPM o mayor. **(NO CUMPLE, según el catálogo presentado el flujo máximo es menor o igual a 120LPM, dicho flujo se compone de la suma del flujo inspirado más el flujo fresco; por tanto el flujo inspirado no puede llegar a 120LPM)** |
| | | | Compensación de flujo de gases frescos. | Compensación de flujo de gases frescos. **(CUMPLE)** |
| | | | Test de fugas manual automático. | Test de fugas manual automático. **(CUMPLE)** |
| | | | Alarmas | **Alarmas** |
| | | | Acceso directo a la configuración de alarmas. | Acceso directo a la configuración de alarmas. **(CUMPLE)** |
| | | | Especificación del parámetro durante la situación de alarma. | Especificación del parámetro durante la situación de alarma. **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Miriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Lcdo. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Alarma en caso de apnea. Ventilación mecánica desactivada: Respiración <20ml en los últimos 15 segundos. | Alarma en caso de apnea. Ventilación mecánica desactivada: Respiración <20ml en los últimos 15 segundos. **(CUMPLE)** |
| | | | Presión baja de 1cm a 20cm de H2O, alta de 10cm a 99cm de H2O, y sostenida: Pva>PEEP + 10cm de H2O durante 15 segundos en las vías respiratorias. | Presión baja de 1 a 98 cm de H2O, alta de 10 a 99 cm de H2O, y sostenida: Pva>PEEP + **15cm de H2O** durante 15 segundos **(según manual del usuario presentado, página 66)**. **(NO CUMPLE, se pide alarma cuando Pva>PEEP + 10cm de H2O)** |
| | | | Alarma de bajo suministro de Oxígeno de la red o cilindros. | Alarma de bajo suministro de Oxígeno de la red o cilindros. **(CUMPLE)** |
| | | | Volumen tidal (TV espirado) bajo: 0ml a 800ml; alto: 100ml a 1800ml. | Volumen tidal / corriente bajo: off, 10 a 1600 ml; alto: 10 a 2000 ml **(según catalogo presentado, página 5)**. **(CUMPLE)** |
| | | | Volumen por minuto (MV espiratorio) bajo: 01 a 15 ltr./min; alto: 3 a 40 ltr./min. | Volumen por minuto (MV espiratorio) bajo: 0 a 98 L/min; alto: 1 a 99 L/min. **(CUMPLE)** |
| | | | Oxigeno inspirado (FiO2) bajo: de 20% a 70 %; alto: de 40% a 100 %. | Oxigeno inspirado (FiO2) bajo: de 18 a 99 %; alto: de 19 a 100 %, off **(CUMPLE)** |
| | | | Silencio de alarma: Duración del estado mudo 110 seg.. | Periodo de Silencio de alarma: menor o igual a 120 seg. **(CUMPLE)** |
| | | Suministro de Gases | **Suministro de Gases** | **Suministro de Gases** |
| | | | Flujometro Electrónico o Mecánico para Oxigeno, doble (anestesia de bajo flujo). | Flujometro Electrónico o Mecánico para Oxigeno, doble (anestesia de bajo flujo). **(CUMPLE)** |
| | | | Flujometro Electrónico o Mecánico para NO2, doble (anestesia de bajo flujo). | Flujometro Electrónico o Mecánico para NO2, doble (anestesia de bajo flujo). **(CUMPLE)** |
| | | | Flujometro Electrónico o Mecánico para aire comprimido, simple. | Flujometro Electrónico o Mecánico para aire comprimido, simple. **(CUMPLE)** |
| | | | Dispositivo anti hipoxia de 25% o mayor. | Dispositivo anti hipoxia de 25% o mayor. **(CUMPLE)** |
| | | | Dispositivo de salida de gas auxiliar exclusivo, controlado mecánico o electrónicamente. | Dispositivo de salida de gas auxiliar exclusivo, controlado mecánico o electrónicamente. **(CUMPLE)** |
| | | Absorvedor de Gas | **Absorvedor de Gas** | **Absorvedor de Gas** |
| | | | **Canister reutilizable y esterilizable con capacidad de 2500g o menor o su equivalente en mililitros (ml).** | **Canister reutilizable y esterilizable con capacidad de 1,5 L. (CUMPLE)** |
| | | | Montaje del circuito que permita ventilación mecánica y manual. | Montaje del circuito que permita ventilación mecánica y manual. |
| | | | Partes en contacto con el Gas: desmontable sin necesidad de herramientas, esterilizables en autoclave. | Partes en contacto con el Gas: esterilizables en autoclave. **(NO CUMPLE, no todas sus partes son autoclavables, ver manual del usuario página 80 y 81, presentado según nota del 26/02/2021 y catalogo presentado página 7)** |
| | | | **Válvula de sobre presión (APL), con escala marcada de 10 a 70 cm de H2O o mejor rango.** | **Válvula de sobre presión (APL), con escala marcada de Min. a 70 cm de H2O. (CUMPLE)** |
| | | | **Canister con válvula bypass de CO2 ó con sistema que permita realizar cambio de cal sodada sin necesidad de detención de la ventilación.** | **Canister con válvula bypass de CO2 ó con sistema que permita realizar cambio de cal sodada sin necesidad de detención de la ventilación. (CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Miriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **Soporte para bolsa de reinhalación.** | **Soporte para bolsa de reinhalación. (CUMPLE)** |
| | | Vaporizadores | **Vaporizadores** | **Vaporizadores** |
| | | | **Por cada equipo ofertado 03 (tres) Vaporizadores como mínimo, calibrados y termocompensados para Sevofluorano e Isofluorano.** | **Por cada equipo ofertado 03 (tres) Vaporizadores como mínimo, calibrados y termocompensados para Sevofluorano e Isofluorano. (CUMPLE)** |
| | | | Dispositivo de bloqueo que evite la apertura simultanea de más de un vaporizador. Conexión del vaporizador al manifold tipo SELECTATEC. | Dispositivo de bloqueo que evite la apertura simultanea de más de un vaporizador. Conexión del vaporizador al manifold tipo SELECTATEC. **(CUMPLE)** |
| | | | Todos los vaporizadores deben de ser del mismo fabricante de la máquina de anestesia | Todos los vaporizadores deben de ser del mismo fabricante de la máquina de anestesia **(CUMPLE)** |
| | | | Montaje: Instalación sin herramientas. | Montaje: Instalación sin herramientas. **(CUMPLE)** |
| | | Monitor Multiparametrico del Equipo de Anestesia | **Monitor Multi-parametrico** | **Monitor Multi-parametrico** |
| | | | Display: de mínimo 12pulgadas, color TFT LCD. Resolución mínima de 640x480. Trazados: mínimo 6 ondas graficas de signos vitales y donde se pueda realizar la configuración de los parámetros ventilatorios. | Display: de mínimo 12pulgadas, color TFT LCD. Resolución mínima de 640x480. Trazados: mínimo 6 ondas graficas de signos vitales y donde se pueda realizar la configuración de los parámetros ventilatorios. **(CUMPLE)** |
| | | | Alimentación eléctrica 220V, 50HZ, y a batería interna recargable. | Alimentación eléctrica 220V, 50HZ, y a batería interna recargable. **(CUMPLE)** |
| | | | Batería de 1 (una) hora de duración como mínimo. | Batería de 1 (una) hora de duración como mínimo. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de Frecuencia: Cardiometria. | Control de Frecuencia: Cardiometria. **(CUMPLE)** |
| | | | Saturometria con despliegue de onda pletismografica. | Saturometria con despliegue de onda pletismografica. **(CUMPLE)** |
| | | | Electrocardiografía con al menos 5 derivaciones con detección de marcapasos, y medición de ST | Electrocardiografía con al menos 5 derivaciones con detección de marcapasos, y medición de ST **(CUMPLE)** |
| | | | Capnografia y Capnometria | Capnografia y Capnometria **(CUMPLE)** |
| | | | Analizador de gases anestésicos que incluyan O2, CO2, NO2, así también los agentes anestésicos como Halotano, Desfluorano, Isofluorano, Sevofluorano. | Analizador de gases anestésicos (**NO CUMPLE**, el Analizador de gases está en la máquina de anestesia y no el Monitor multiparamétrico como se solicita en el PBC, **según nota del 26/02/2021 referencia catalogo presentado página 4 y 5 que corresponde a la máquina de anestesia)** |
| | | | Al menos dos canales de medición de presión invasiva (-60 a 340 o más mmHg). | Al menos dos canales de medición de presión invasiva (-40 a 360 mmHg). **(CUMPLE)** |
| | | | **Medición de presión no invasiva 10 a 270 mmHg o mejor rango.** | **Medición de presión no invasiva 10 a 270 mmHg. (CUMPLE)** |
| | | | **Respiración 3 a 150rpm o mejor rango** | **Respiración 3 a 150rpm (CUMPLE)** |
| | | | **Temperatura de dos canales 25º a 45º C o mejor rango** | **Temperatura de dos canales 25º a 45º C (CUMPLE)** |
| | | Accesorios Mínimos | **Accesorios** | **Accesorios** |
| | | | 03 (tres) Circuitos para pacientes adultos. Reutilizable y autoclavable | 03 (tres) Circuitos para pacientes adultos. Reutilizable y autoclavable **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomedica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Miriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiologia
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Diaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | por Equipo | 03 (tres) Circuitos para pacientes pediátricos. Reutilizable y autoclavable | 03 (tres) Circuitos para pacientes pediátricos. Reutilizable y autoclavable **(CUMPLE)** |
| | | | **Canister reutilizable y esterilizable (1 (uno) como mínimo)** | **Canister reutilizable y esterilizable (1 (uno) como mínimo) (CUMPLE)** |
| | | | 10 (diez) Juegos de mascarillas pequeñas, mediana y grandes reutilizables. | 10 (diez) Juegos de mascarillas pequeñas, mediana y grandes reutilizables. **(CUMPLE)** |
| | | | Bolsas reutilizables de 1 litro, 2 litros y 3 litros. | Bolsas reutilizables de 1 litro, 2 litros y 3 litros. **(CUMPLE)** |
| | | | 1 (un) Juego de mangueras codificadas por color (Aire-Amarillo, Oxigeno-Verde, Oxido Nitroso-Azul). Conector de las mangueras del tipo DISS | 1 (un) Juego de mangueras codificadas por color (Aire-Amarillo, Oxigeno-Verde, Oxido Nitroso-Azul). Conector de las mangueras del tipo DISS **(CUMPLE)** |
| | | | 2 (dos) Sensor de flujo reutilizable (si el equipo así lo que requiere). | 2 (dos) Sensor de flujo reutilizable (si el equipo así lo que requiere). **(CUMPLE)** |
| | | | Soporte para bolsa de ventilación. | Soporte para bolsa de ventilación. **(CUMPLE)** |
| | | | Fuelle neonato, pediátrico, y adulto si la maquina lo requiere. | Fuelle neonato, pediátrico, y adulto si la maquina lo requiere. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) sensores SpO2 reutilizables para pacientes pediátricos. | 03 (tres) sensores SpO2 reutilizables para pacientes pediátricos. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) Sensores SpO2 reutilizables para pacientes adultos. | 03 (tres) Sensores SpO2 reutilizables para pacientes adultos. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) Cables paciente de ECG de 5 vías. | 03 (tres) Cables paciente de ECG de 5 vías. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes pediátricos. | 03 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes pediátricos. **(CUMPLE)** |
| | | | 3 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes adultos. | 3 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes adultos. **(CUMPLE)** |
| | | | 01 (una) Manguera de conexión para presión no invasiva. | 01 (una) Manguera de conexión para presión no invasiva. **(CUMPLE)** |
| | | | 01 (un) cable para presión invasiva con al menos 10 (diez) transductores. | 01 (un) cable para presión invasiva con al menos 10 (diez) transductores. **(CUMPLE)** |
| | | | **Batería interna para la máquina de anestesia de 90 min de autonomía como mínimo y batería interna para el monitor de 90 min de autonomía como mínimo.** | **Batería interna para la máquina de anestesia de 90 min de autonomía como mínimo y batería interna para el monitor de 90 min de autonomía como mínimo. (CUMPLE)** |
| | | | La cantidad de accesorios debe de entregarse por cada equipo. | La cantidad de accesorios debe de entregarse por cada equipo. **(CUMPLE)** |
| | | Otros Requerimientos | - Certificado de calibración e inspección técnica. | - Certificado de calibración e inspección técnica. **(CUMPLE)** |
| | | | - Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | - Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español **(CUMPLE)** |
| | | | - Declaración jurada que asegura la Capacitación del personal a cargo del funcionamiento del equipo, quedando a consideración de la convocante definir la cantidad de personas que serán capacitadas. | - Declaración jurada que asegura la Capacitación del personal a cargo del funcionamiento del equipo, quedando a consideración de la convocante definir la cantidad de personas que serán capacitadas. **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | - Garantía escrita de 2 (dos) años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | - Garantía escrita de 2 (dos) años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | - Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. Presentar por escrito el cronograma del Mantenimiento preventivo a la Dirección Biomédica. | - Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. Presentar por escrito el cronograma del Mantenimiento preventivo a la Dirección Biomédica. **(CUMPLE)** |
| | | | - Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | - Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | - Garantizar la existencia de repuestos y accesorios en el mercado por lo menos 5 años después de la adquisición del equipo. | - Garantizar la existencia de repuestos y accesorios en el mercado por lo menos 5 años después de la adquisición del equipo. **(CUMPLE)** |

**OBSERVACIÓN 2**: la PRIMERA mejor oferta presentada por **la firma DYSA HEALTHCARE S.A. en el ÍTEM 2 NO CUMPLE** con todos los requerimientos técnicos solicitados en el Pliego de Bases y Condiciones y sus correspondientes Adendas, por tanto, SE RECOMIENDA DESESTIMAR LA OFERTA y evaluar la siguiente mejor oferta.

Se procede a verificar la SEGUNDA mejor oferta presentada por la firma LA CASA DEL MEDICO S.A.

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | VERIFICACIÓN DE LAS OFERTAS (cumple / no cumple) |
|---|---|---|---|---|
| 2 | **MAQUINA DE ANESTESIA** | | **MAQUINA DE ANESTESIA** | **Segunda mejor oferta: LA CASA DEL MEDICO S.A.**<br>**MAQUINA DE ANESTESIA** |
| | | Datos Generales | Máquinas de Anestesia con Monitor | Máquinas de Anestesia con Monitor |
| | | | Especificar: MARCA,<br>MODELO,<br>PROCEDENCIA y<br>AÑO DE FABRICACIÓN | MARCA: GENERAL ELECTRIC<br>MODELO: 9100C NXT / B125<br>PROCEDENCIA: CHINA<br>AÑO DE FABRICACIÓN: 2020 |
| | | | Construcción acorde a normas internacionales ISO, CE, UL, FDA, TÜV, JIS, MERCOSUR, al menos dos de ellos. | Construcción acorde a normas internacionales ISO 13485 y CE **(CUMPLE, PRESENTA CERTIFICADOS)** |
| | | | **Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada.** | **Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada. (CUMPLE)** |
| | | | Sistema de respiración avanzada. | Sistema de respiración avanzada. **(CUMPLE)** |
| | | | Interruptor Bag/vent para apagar y encender el ventilador. | Interruptor Bag/vent para apagar y encender el ventilador. **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Miriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Facilidad de desmontaje (sin herramientas). | Facilidad de desmontaje (sin herramientas). **(CUMPLE)** |
| | | | Totalmente esterilizable en autoclave y componentes sin látex. | Totalmente esterilizable en autoclave y componentes sin latex. **(CUMPLE)** |
| | | Gabinete | **Gabinete** | **Gabinete** |
| | | | Soporte para dos vaporizadores como mínimo. Conexión tipo SELECTATEC compatible con otras máquinas de anestesia | Soporte para dos vaporizadores como mínimo. Conexión tipo SELECTATEC compatible con otras máquinas de anestesia **(CUMPLE)** |
| | | | Montaje de ventilador interconstruidos o integrado, conexiones a O2, NO2, aire comprimido | Montaje de ventilador interconstruidos o integrado, conexiones a O2, NO2, aire comprimido **(CUMPLE)** |
| | | | Manómetros interconstruidos para tomas murales y para cilindros. | Manómetros interconstruidos para tomas murales y para cilindros. **(CUMPLE, según catálogo presentado)** |
| | | | Cuatro ruedas al menos dos de ellas con frenos, al menos dos cajones integrados al equipo | Cuatro ruedas al menos dos de ellas con frenos, al menos dos cajones integrados al equipo **(CUMPLE, según catálogo presentado)** |
| | | Ventilador Caracteristicas Técnicas Mínimas | **Ventilador** | **Ventilador** |
| | | | Ventilador micro procesado a fuelle, pistón o electrónico para gases anestésicos. | Ventilador micro procesado a fuelle, pistón o electrónico para gases anestésicos. **(CUMPLE)** |
| | | | Ventilación de pacientes pediátricos y adultos. | Ventilación de pacientes pediátricos y adultos. **(CUMPLE)** |
| | | | Con medición y aplicación de los parámetros respiratorios en pantalla LCD color, de 7 pulgadas como mínimo. | Con medición y aplicación de los parámetros respiratorios en pantalla LCD color, de 7,5 pulgadas. **(CUMPLE)** |
| | | | **Modos de volumen y de presión con PEEP electrónica. Modos de ventilación como mínino: VCV, PCV, VCV/A, PCV/A, SIMV/V, SIMV/P, PSV, MANUAL Y ESPONTANEA** | **Modos de volumen y de presión con PEEP electrónica. (CUMPLE) Modos de ventilación como mínino: VCV, PCV, VCV/A, PCV/A, SIMV/V, SIMV/P, PSV, MANUAL Y ESPONTANEA (CUMPLE)** |
| | | | Medición de FIO2 en línea (99 % de O2 inspirado), volumen corriente inspirado/expirado, presión de las vías respiratorias. | Medición de FIO2 en línea (99 % de O2 inspirado), volumen corriente inspirado/expirado, presión de las vías respiratorias. **(CUMPLE)** |
| | | | Ventilación mecánica y manual. | Ventilación mecánica y manual. **(CUMPLE)** |
| | | | Despliegue de curva de presión y curva de flujo o de volumen, por lo menos dos de ellas en simultaneo. | Despliegue de curva de presión y curva de flujo o de volumen, por lo menos dos de ellas en simultaneo. **(CUMPLE)** |
| | | | Control para ajuste de volumen de 30ml. a 1500ml. | Control para ajuste de volumen de 20 ml a 1500 ml. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de frecuencia respiratoria de 5rpm (o menor) a 90rpm (o mayor). | Control de frecuencia respiratoria de 4 rpm a 99 rpm. **(CUMPLE)** |
| | | | Control para ajustes de relación I:E entre 2:1 a 1:8. | Control para ajustes de relación I:E entre 2:1 a 1:8. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de PEEP electrónico e integrado con rango de 4cm (o menor) de H2O a 25cm (o mayor) de H2O. | Control de PEEP electrónico con rango de 4 cm de H2O a 25 cm de H2O. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de presión inspirada de 5cm a 50cm de H2O. El modo presión debe ser con flujo inspiratorio automático adaptable a la mecánica del paciente. | Control de presión inspirada de 5 cm a 50 cm de H2O. El modo presión debe ser con flujo inspiratorio automático adaptable a la mecánica del paciente. **(CUMPLE)** |
| | | | Flujo inspiratorio: 120 LPM o mayor. | Flujo inspiratorio: 120LPM **(CUMPLE, según catálogo presentado)** |

Ing. Guillermo Cuevas
Jefe Dpto. Integración Tecnológica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Miriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Adog. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Compensación de flujo de gases frescos. | Compensación de flujo de gases frescos. **(CUMPLE)** |
| | | | Test de fugas manual automático. | Test de fugas manual automático. **(CUMPLE)** |
| | | | Alarmas | **Alarmas** |
| | | | Acceso directo a la configuración de alarmas. | Acceso directo a la configuración de alarmas. **(CUMPLE)** |
| | | | Especificación del parámetro durante la situación de alarma. | Especificación del parámetro durante la situación de alarma. **(CUMPLE)** |
| | | | Alarma en caso de apnea. Ventilación mecánica desactivada: Respiración <20ml en los últimos 15 segundos. | Alarma en caso de apnea. Ventilación mecánica desactivada: Respiración <20ml en los últimos 15 segundos. **(CUMPLE)** |
| | | | Presión baja de 1cm a 20cm de H2O, alta de 10cm a 99cm de H2O, y sostenida: Pva>PEEP + 10cm de H2O durante 15 segundos en las vías respiratorias. | Presión baja de 1 a 20 cm de H2O, alta de 10 a 99 cm de H2O, y sostenida: Pva>PEEP + 10cm de H2O durante 15 segundos en las vías respiratorias **(CUMPLE)** |
| | | | Alarma de bajo suministro de Oxígeno de la red o cilindros. | Alarma de bajo suministro de Oxígeno de la red o cilindros. **(CUMPLE)** |
| | | | Volumen tidal (TV espirado) bajo: 0ml a 800ml; alto: 100ml a 1800ml. | Volumen tidal (TV espirado) bajo: 0ml a 800ml; alto: 100ml a 1800ml. **(CUMPLE)** |
| | | | Volumen por minuto (MV espiratorio) bajo: 01 a 15 ltr./min; alto: 3 a 40 ltr./min. | Volumen por minuto (MV espiratorio) bajo: 01 a 15 ltr./min; alto: 3 a 40 ltr./min. **(CUMPLE)** |
| | | | Oxigeno inspirado (FiO2) bajo: de 20% a 70 %; alto: de 40% a 100 %. | Oxigeno inspirado (FiO2) bajo: de 20 a 70 %; alto: de 40 a 100 %, off **(CUMPLE)** |
| | | | Silencio de alarma: Duración del estado mudo 110 seg.. | Silencio de alarma: 110 seg. **(CUMPLE)** |
| | | Suministro de Gases | **Suministro de Gases** | **Suministro de Gases** |
| | | | Flujometro Electrónico o Mecánico para Oxigeno, doble (anestesia de bajo flujo). | Flujometro Mecánico para Oxigeno, doble (anestesia de bajo flujo). **(CUMPLE)** |
| | | | Flujometro Electrónico o Mecánico para NO2, doble (anestesia de bajo flujo). | Flujometro Mecánico para NO2, doble (anestesia de bajo flujo). **(CUMPLE)** |
| | | | Flujometro Electrónico o Mecánico para aire comprimido, simple. | Flujometro Mecánico para aire comprimido, simple. **(CUMPLE)** |
| | | | Dispositivo anti hipoxia de 25% o mayor. | Dispositivo anti hipoxia de 25% **(CUMPLE)** |
| | | | Dispositivo de salida de gas auxiliar exclusivo, controlado mecánico o electrónicamente. | Dispositivo de salida de gas auxiliar exclusivo, controlado mecánico o electrónicamente. **(CUMPLE)** |
| | | Absorvedor de Gas | **Absorvedor de Gas** | **Absorvedor de Gas** |
| | | | **Canister reutilizable y esterilizable con capacidad de 2500g o menor o su equivalente en mililitros (ml).** | Canister reutilizable y esterilizable con capacidad de 1200 ml. **(CUMPLE)** |
| | | | Montaje del circuito que permita ventilación mecánica y manual. | Montaje del circuito que permita ventilación mecánica y manual. **(CUMPLE)** |
| | | | Partes en contacto con el Gas: desmontable sin necesidad de herramientas, esterilizables en autoclave. | Partes en contacto con el Gas: desmontable sin necesidad de herramientas, esterilizables en autoclave. **(CUMPLE)** |
| | | | **Válvula de sobre presión (APL), con escala marcada de 10 a 70 cm de** | Válvula de sobre presión (APL), con escala marcada de 1 a 70 cm de H2O. |

Ing. Gustavo Cueva
Jefe Dpto. Información Tecnologías
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **H2O o mejor rango.** | (CUMPLE) |
| | | | **Canister con válvula bypass de CO2 ó con sistema que permita realizar cambio de cal sodada sin necesidad de detención de la ventilación.** | Canister con válvula bypass de CO2 ó con sistema que permita realizar cambio de cal sodada sin necesidad de detención de la ventilación. **(CUMPLE)** |
| | | | **Soporte para bolsa de reinhalación.** | Soporte para bolsa de reinhalación. **(CUMPLE)** |
| | | Vaporizadores | **Vaporizadores** | Vaporizadores |
| | | | **Por cada equipo ofertado 03 (tres) Vaporizadores como mínimo, calibrados y termocompensados para Sevofluorano e Isofluorano.** | Por cada equipo ofertado 03 (tres) Vaporizadores TEC 850, calibrados y termocompensados para 75 unidades Sevofluorano y 75 unidades Isofluorano. Según nota del 26/02/2021 **(CUMPLE)** |
| | | | Dispositivo de bloqueo que evite la apertura simultanea de más de un vaporizador. Conexión del vaporizador al manifold tipo SELECTATEC. | Dispositivo de bloqueo que evite la apertura simultanea de más de un vaporizador. Conexión del vaporizador al manifold tipo SELECTATEC. **(CUMPLE)** |
| | | | Todos los vaporizadores deben de ser del mismo fabricante de la máquina de anestesia | Todos los vaporizadores deben de ser del mismo fabricante de la máquina de anestesia **(CUMPLE)** |
| | | | Montaje: Instalación sin herramientas. | Montaje: Instalación sin herramientas. **(CUMPLE)** |
| | | Monitor Multiparametrico del Equipo de Anestesia | **Monitor Multi-parametrico** | **Monitor Multi-parametrico** |
| | | | Display: de mínimo 12pulgadas, color TFT LCD. Resolución mínima de 640x480. Trazados: mínimo 6 ondas graficas de signos vitales y donde se pueda realizar la configuración de los parámetros ventilatorios. | Display: de 12,1 pulgadas, color TFT LCD. Resolución de 1280x800pixeles. Trazados: 6 ondas graficas de signos vitales y donde se pueda realizar la configuración de los parámetros ventilatorios. **(CUMPLE)** |
| | | | Alimentación eléctrica 220V, 50HZ, y a batería interna recargable. | Alimentación eléctrica 220V, 50HZ, y a batería interna recargable. **(CUMPLE)** |
| | | | Batería de 1 (una) hora de duración como mínimo. | Batería de 3 (tres) horas de duración como mínimo. **(CUMPLE)** |
| | | | Control de Frecuencia: Cardiometria. | Control de Frecuencia: Cardiometria. **(CUMPLE)** |
| | | | Saturometria con despliegue de onda pletismografica. | Saturometria con despliegue de onda pletismografica. **(CUMPLE)** |
| | | | Electrocardiografía con al menos 5 derivaciones con detección de marcapasos, y medición de ST | Electrocardiografía con al menos 5 derivaciones con detección de marcapasos, y medición de ST **(CUMPLE)** |
| | | | Capnografia y Capnometria | Capnografia y Capnometria **(CUMPLE)** |
| | | | Analizador de gases anestésicos que incluyan O2, CO2, NO2, así también los agentes anestésicos como Halotano, Desfluorano, Isofluorano, Sevofluorano. | Analizador de gases anestésicos que incluyan O2, CO2, NO2, así también los agentes anestésicos como Halotano, Desfluorano, Isofluorano, Sevofluorano. **(CUMPLE)** |
| | | | Al menos dos canales de medición de presión invasiva (-60 a 340 o más mmHg). | Al menos dos canales de medición de presión invasiva (-40 a 340 mmHg). **(CUMPLE)** |
| | | | **Medición de presión no invasiva 10 a 270 mmHg o mejor rango.** | Medición de presión no invasiva 10 a 290 mmHg. **(CUMPLE)** |
| | | | **Respiración 3 a 150rpm o mejor rango** | **Respiración 3 a 150rpm o mejor rango (CUMPLE)** |
| | | | **Temperatura de dos canales 25º a 45º C o mejor rango** | **Temperatura de dos canales 10º a 45º C (CUMPLE)** |
| | | Accesori | **Accesorios** | **Accesorios** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Lic. Miriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

ADOG. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | os Mínimos por Equipo | 03 (tres) Circuitos para pacientes adultos. Reutilizable y autoclavable | 03 (tres) Circuitos para pacientes adultos. Reutilizable y autoclavable **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) Circuitos para pacientes pediátricos. Reutilizable y autoclavable | 03 (tres) Circuitos para pacientes pediátricos. Reutilizable y autoclavable **(CUMPLE)** |
| | | | **Canister reutilizable y esterilizable (1 (uno) como mínimo)** | **Canister reutilizable y esterilizable (1 (uno) como mínimo)** **(CUMPLE)** |
| | | | 10 (diez) Juegos de mascarillas pequeñas, mediana y grandes reutilizables. | 10 (diez) Juegos de mascarillas pequeñas, mediana y grandes reutilizables. **(CUMPLE)** |
| | | | Bolsas reutilizables de 1 litro, 2 litros y 3 litros. | Bolsas reutilizables de 1 litro, 2 litros y 3 litros. **(CUMPLE)** |
| | | | 1 (un) Juego de mangueras codificadas por color (Aire-Amarillo, Oxigeno-Verde, Oxido Nitroso-Azul). Conector de las mangueras del tipo DISS | 1 (un) Juego de mangueras codificadas por color (Aire-Amarillo, Oxigeno-Verde, Oxido Nitroso-Azul). Conector de las mangueras del tipo DISS **(CUMPLE)** |
| | | | 2 (dos) Sensor de flujo reutilizable (si el equipo así lo que requiere). | 2 (dos) Sensor de flujo reutilizable (si el equipo así lo que requiere). **(CUMPLE)** |
| | | | Soporte para bolsa de ventilación. | Soporte para bolsa de ventilación. **(CUMPLE)** |
| | | | Fuelle neonato, pediátrico, y adulto si la maquina lo requiere. | Fuelle neonato, pediátrico, y adulto si la maquina lo requiere. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) sensores SpO2 reutilizables para pacientes pediátricos. | 03 (tres) sensores SpO2 reutilizables para pacientes pediátricos. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) Sensores SpO2 reutilizables para pacientes adultos. | 03 (tres) Sensores SpO2 reutilizables para pacientes adultos. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) Cables paciente de ECG de 5 vías. | 03 (tres) Cables paciente de ECG de 5 vías. **(CUMPLE)** |
| | | | 03 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes pediátricos. | 03 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes pediátricos. **(CUMPLE)** |
| | | | 3 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes adultos. | 3 (tres) brazales para presión no invasiva para pacientes adultos. **(CUMPLE)** |
| | | | 01 (una) Manguera de conexión para presión no invasiva. | 01 (una) Manguera de conexión para presión no invasiva. **(CUMPLE)** |
| | | | 01 (un) cable para presión invasiva con al menos 10 (diez) transductores. | 01 (un) cable para presión invasiva con al menos 10 (diez) transductores. **(CUMPLE)** |
| | | | **Batería interna para la máquina de anestesia de 90 min de autonomía como mínimo y batería interna para el monitor de 90 min de autonomía como mínimo.** | **Batería interna para la máquina de anestesia de 90 min de autonomía como mínimo y batería interna para el monitor de 90 min de autonomía como mínimo.** **(CUMPLE)** |
| | | | La cantidad de accesorios debe de entregarse por cada equipo. | La cantidad de accesorios debe de entregarse por cada equipo. **(CUMPLE)** |
| | | Otros Requerimientos | - Certificado de calibración e inspección técnica. | - Certificado de calibración e inspección técnica. **(CUMPLE)** |
| | | | - Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | - Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Direc. Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | - Declaración jurada que asegura la Capacitación del personal a cargo del funcionamiento del equipo, quedando a consideración de la convocante definir la cantidad de personas que serán capacitadas. | - Declaración jurada que asegura la Capacitación del personal a cargo del funcionamiento del equipo, quedando a consideración de la convocante definir la cantidad de personas que serán capacitadas. **(CUMPLE)** |
| | | | - Garantía escrita de 2 (dos) años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | - Garantía escrita de 2 (dos) años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | - Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. Presentar por escrito el cronograma del Mantenimiento preventivo a la Dirección Biomédica. | - Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. Presentar por escrito el cronograma del Mantenimiento preventivo a la Dirección Biomédica. **(CUMPLE)** |
| | | | - Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | - Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | - Garantizar la existencia de repuestos y accesorios en el mercado por lo menos 5 años después de la adquisición del equipo. | - Garantizar la existencia de repuestos y accesorios en el mercado por lo menos 5 años después de la adquisición del equipo. **(CUMPLE)** |

**OBSERVACIÓN 3**: la SEGUNDA mejor oferta presentada por la firma LA CASA DEL MEDICO S.A. en el ÍTEM 2 **CUMPLE** con todos los requerimientos técnicos solicitados en el Pliego de Bases y Condiciones y sus correspondientes Adendas, se recomienda adjudicar.

## ÍTEM 3 – EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C – PORTATIL.

Se procede a verificar la PRIMERA mejor oferta presentada por la firma DYSA HEALTHCARE S.A.

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | | VERIFICACIÓN DE LAS OFERTAS (cumple / no cumple) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **Primera mejor oferta: DYSA Healthcare S.A.** |
| | | | | **EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C** | **EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C** |
| 3 | **EQUIPOS DE RAYOS X ARCO EN C - PORTATIL** | Datos Generales | | Equipo móvil de Rayos X con arco en C, con sistema de TV, para procedimientos generales. | Equipo móvil de Rayos X con arco en C, con sistema de TV, para procedimientos generales. **(CUMPLE)** |
| | | | | Especificar: MARCA,<br>MODELO,<br>PROCEDENCIA y<br>AÑO DE FABRICACIÓN | MARCA: DK MEDICAL SYSTEMS<br>MODELO: PROSTAR<br>PROCEDENCIA: KOREA<br>AÑO DE FABRICACIÓN: 2020/2021 |
| | | | | **Construcción acorde a normas internacionales ISO, CE, UL, FDA, TÜV, JIS al menos dos de ellos.** | Construcción acorde a normas internacionales ISO 13482, ISO 9001 y CE **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada.** | Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada. **(CUMPLE)** |
| | | | Certificado de registro y habilitación de servicio técnico otorgada por el MSP y BS. | Certificado de registro y habilitación de servicio técnico otorgada por el MSP y BS. **(CUMPLE)** |
| | | Estructura | Tubo e intensificador montados en estructura tipo Arco en C | Tubo e intensificador montados en estructura tipo Arco en C **(CUMPLE)** |
| | | | **Conjunto montado sobre carro de transporte con ruedas direccionables con freno electromagnéticos o mecánicos. El mismo deberá tener la posibilidad de realizar bloqueo centralizado de ruedas mediante un solo activador.** | Conjunto montado sobre carro de transporte con ruedas direccionables con freno electromagnéticos o mecánicos. El mismo deberá tener la posibilidad de realizar bloqueo centralizado de ruedas mediante un solo activador. **(CUMPLE)** |
| | | Arco en C | Movimiento vertical motorizado de 40 cm o más. | Movimiento vertical motorizado de 45 cm **(CUMPLE)** |
| | | | Movimiento orbital de 115º como mínimo. | Movimiento orbital de 135º **(CUMPLE)** |
| | | | Rotación de al menos +/- 180º. | Rotación de +/- 225º **(CUMPLE)** |
| | | | Movimiento longitudinal de 20 cm o más. | Movimiento longitudinal de 200 mm **(CUMPLE)** |
| | | | **Distancia desde la fuente de rayos X al Detector de imagen de 85 cm o más.** | Distancia desde la fuente de rayos X al Detector de imagen de 1000 mm **(CUMPLE)** |
| | | | **Profundidad de inmersión de 65 cm o más.** | Profundidad de inmersión de 717 mm **(CUMPLE)** |
| | | Intensificador y TV | Intensificador de imagen de 23 cm (9 pulgadas) o más. | Intensificador de imagen de 9 pulgadas **(CUMPLE)** |
| | | | **Al menos dos campos de entrada.** | El catálogo presentado no especifica que tenga dos campos de entrada. No se verifica **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Dos monitores LCD o TFT de alta resolución de por lo menos 19" con carro de transporte.** | Dos monitores LCD o TFT de alta resolución de 19" con carro de transporte **(CUMPLE)** |
| | | Sistema digital de procesamiento de imágenes: | Cámara CCD | Cámara CCD **(CUMPLE)** |
| | | | Retención de la última imagen fluoroscópica. | Retención de la última imagen fluoroscópica **(CUMPLE)** |
| | | | Inversión de Imagen. | Inversión de Imagen **(CUMPLE)** |
| | | | Rotación de la imagen en sentido horario y anti-horario. | Rotación de la imagen en sentido horario y anti-horario **(CUMPLE)** |
| | | | Zoom y mediciones. | Zoom y mediciones. **(CUMPLE)** |
| | | | **Posibilidad de guardar en memoria 150.000 imágenes o más.** | Posibilidad de guardar en memoria 140.000 imágenes **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Presentación simultánea de la imagen fluoroscópica actual en un monitor y una imagen de referencia en el otro monitor** | Presentación simultánea de la imagen fluoroscópica actual en un monitor y una imagen de referencia en el otro monitor **(CUMPLE)** |
| | | | Videoimpresora: Dispositivo de grabación en CD o DVD. | Videoimpresora: Dispositivo de grabación en DVD R **(CUMPLE)** |
| | | | Velocidad de adquisición 25 f/s | Velocidad de adquisición 27 IPS **(CUMPLE)** |
| | | | Conectividad: DICOM 3.0 Habilitado. | Conectividad: DICOM 3.0 Habilitado **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomedica

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Generador de Rayos X: | Generador de alta frecuencia. | Generador de alta frecuencia **(CUMPLE)** |
| | | | Posibilidad de realización de fluoroscopía pulsada, continua y modo de radiografía digital. | Posibilidad de realización de fluoroscopía pulsada, continua y modo de radiografía digital **(CUMPLE)** |
| | | | **Rango de KV para Radiografía: de 40 o menos a 110 kV o más.** | Rango de KV para Radiografía: de 40 a 100 kV **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Rango de KV para Fluoroscopía: de 40 o menos a 110 kV o más.** | Rango de KV para Fluoroscopía: de 40 a 110 kV **(CUMPLE)** |
| | | | **Ancho de pulso: de 10ms o menos a 35ms o más.** | Ancho de pulso: El catálogo presentado no especifica el ancho de pulso. No se verifica **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Rango de corriente de fluoroscopia continua de: 0.5mA o menos a 7mA o más.**<br>**Rango de corriente de fluoroscopia pulsada de: 5mA o menos a 7mA o más.**<br>**Rango de mAs: 1 a 250 mAs., ó mejor** | Rango de corriente de fluoroscopia continua de: 0.2mA a 10mA **(CUMPLE)**<br>Rango de corriente de fluoroscopia pulsada de: 3mA a 30mA **(CUMPLE)**<br>Rango de mAs: 0,4 a 100 mAs. **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Potencia mínima nominal del generador 2,5kW o mejor** | Potencia mínima nominal del generador 2,2kW **(NO CUMPLE)** |
| | | Tubo de Rayos X: | Ánodo giratorio | Ánodo estacionario **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Con capacidad de almacenamiento de calor térmico en el ánodo de 100 KHU ó mayor.**<br>**Capacidad de almacenamiento del Tubo de Rayos X incluyendo la carcasa de 1 MHU o más.** | Con capacidad de almacenamiento de calor térmico en el ánodo de 50 kHU **(NO CUMPLE)**<br>Capacidad de almacenamiento del Tubo de Rayos X incluyendo la carcasa. No se especifica. **(NO CUMPLE)** |
| | | | Colimador iris motorizado. | Colimador iris motorizado. **(CUMPLE)** |
| | | | Uno o dos focos entre 0,3 y 0,6 mm. | Dos focos, Punto focal 0,5 / 1,5 mm **(CUMPLE)** |
| | | Aliment. eléctrica: | 220 V AC ± 10% / 50 Hz, con enchufe tipo schuko. | 220 V AC ± 10% / 50 Hz, con enchufe tipo schuko **(CUMPLE)** |
| | | Mesa Traslucida para procedimientos | **Mesa para procedimientos vasculares traslucida a Rayos X.** | Mesa para procedimientos vasculares traslucida a Rayos X. No se especifica. **(NO CUMPLE)** |
| | | | Rodable, con ruedas blocantes. | Rodable, con ruedas blocantes. No se especifica. **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Altura ajustable de 80 a 100 cm o mayor rango.** | Altura ajustable de 80 a 100 cm o mayor rango. No se especifica. **(NO CUMPLE)** |
| | | | **Dimensiones de la mesa radiotraslucida: longitud total: 210 cm o mayor, ancho total: 60 cm o mayor.** | Dimensiones de la mesa radiotraslucida: longitud total: 210 cm o mayor, ancho total: 60 cm o mayor. No se especifica. **(NO CUMPLE)** |
| | | Cobertor | Esterilizable para cada equipo. | Esterilizable para cada equipo **(CUMPLE)** |
| | | Catálogos | Catálogos: Originales impresos en fábrica, en idioma Español, Portugués o Ingles donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. | Catálogos: Originales impresos en fábrica, en idioma Español, Portugués o Ingles donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas **(CUMPLE)** |
| | | Instalación | La empresa deberá trasladar e instalar los equipos dejando en funcionamiento | La empresa deberá trasladar e instalar los equipos dejando en funcionamiento **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Lic. Myriam Aguilar de Montanez
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imagenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Manual del Usuario en Español o cualquier otro idioma y su correspondiente traducción por traductor público | Manual del Usuario en Español o cualquier otro idioma y su correspondiente traducción por traductor público **(CUMPLE)** |
| | | Capacitación: | La empresa proveedora deberá realizar capacitación técnica de al menos 24 horas al personal técnico de la Sección de Electromedicina Hospital. | La empresa proveedora deberá realizar capacitación técnica de al menos 24 horas al personal técnico de la Sección de Electromedicina Hospital. **(CUMPLE)** |
| | | | La empresa deberá realizar capacitación de uso y cuidados del equipo de al menos 10 (diez) horas al personal Médico y de Enfermería en el Servicio donde se instalen los equipos, siendo los mismos designados por el Jefe de Servicio. | La empresa deberá realizar capacitación de uso y cuidados del equipo de al menos 10 (diez) horas al personal Médico y de Enfermería en el Servicio donde se instalen los equipos, siendo los mismos designados por el Jefe de Servicio. **(CUMPLE)** |
| | | Información Técnica | El oferente deberá proveer catálogos en idioma español, portugués o inglés; donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. | El oferente deberá proveer catálogos en idioma español, portugués o inglés; donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. **(CUMPLE)** |
| | | Dirección Web | Direcciones Web y correo electrónico, nombre del contacto del representante del fabricante, donde se pueda obtener información del producto ofertado. | Direcciones Web y correo electrónico, nombre del contacto del representante del fabricante, donde se pueda obtener información del producto ofertado. **(CUMPLE)** |
| | | Otros Requerimientos | Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español **(CUMPLE)** |
| | | | Garantizar la provisión de repuestos y accesorios por lo menos 05 años después de la adquisición del equipo | Garantizar la provisión de repuestos y accesorios por lo menos 05 años después de la adquisición del equipo **(CUMPLE)** |
| | | | Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. | Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. **(CUMPLE)** |

**<u>OBSERVACIÓN 4</u>**: la PRIMERA mejor oferta presentada por **la firma DYSA HEALTHCARE S.A. en el ÍTEM 3 <u>NO CUMPLE</u>** con todos los requerimientos técnicos solicitados en el Pliego de Bases y Condiciones y sus correspondientes Adendas, por tanto, SE RECOMIENDA DESESTIMAR LA OFERTA y evaluar la siguiente mejor oferta.

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Dra. Nyriam Aguilar de Montano
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Lcda. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Se procede a verificar la SEGUNDA mejor oferta presentada por la firma FALCON COMERCIAL E INDUSTRIAL S.A.

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | VERIFICACIÓN DE LAS OFERTAS (cumple / no cumple) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **Primera mejor oferta: FALCON COMERCIAL E INDUSTRIAL S.A.** |
| | | | **EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C** | **EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C** |
| 3 | **EQUIPOS DE RAYOS X ARCO EN C - PORTATIL** | Datos Generales | Equipo móvil de Rayos X con arco en C, con sistema de TV, para procedimientos generales. | Equipo móvil de Rayos X con arco en C, con sistema de TV, para procedimientos generales. **(CUMPLE)** |
| | | | Especificar: MARCA,<br>MODELO,<br>PROCEDENCIA y<br>AÑO DE FABRICACIÓN | MARCA: ALLENGERS<br>MODELO: HF 59R<br>PROCEDENCIA: INDIA<br>AÑO DE FABRICACIÓN: 2020 |
| | | | **Construcción acorde a normas internacionales ISO, CE, UL, FDA, TÜV, JIS al menos dos de ellos.** | Construcción acorde a normas internacionales ISO 13485, ISO 9001 y CE **(CUMPLE)** |
| | | | **Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada.** | Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada. **(CUMPLE)** |
| | | | Certificado de registro y habilitación de servicio técnico otorgada por el MSP y BS. | Certificado de registro y habilitación de servicio técnico otorgada por el MSP y BS. **(CUMPLE)** |
| | | Estructura | Tubo e intensificador montados en estructura tipo Arco en C | Tubo e intensificador montados en estructura tipo Arco en C **(CUMPLE)** |
| | | | **Conjunto montado sobre carro de transporte con ruedas direccionables con freno electromagnéticos o mecánicos. El mismo deberá tener la posibilidad de realizar bloqueo centralizado de ruedas mediante un solo activador.** | Conjunto montado sobre carro de transporte con ruedas direccionables con freno electromagnéticos o mecánicos. El mismo deberá tener la posibilidad de realizar bloqueo centralizado de ruedas mediante un solo activador. **(CUMPLE)** |
| | | Arco en C | Movimiento vertical motorizado de 40 cm o más. | Movimiento vertical motorizado de 430 mm **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Movimiento orbital de 115º como mínimo. | Movimiento orbital de 120º **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Rotación de al menos +/- 180º. | Rotación de +/- 180º **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Movimiento longitudinal de 20 cm o más. | Movimiento longitudinal de 210 mm **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Distancia desde la fuente de rayos X al Detector de imagen de 85 cm o más.** | Distancia desde la fuente de rayos X al Detector de imagen de 950 mm **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Profundidad de inmersión de 65 cm o más.** | Profundidad de inmersión de 650 mm **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | Intensificador y TV | Intensificador de imagen de 23 cm (9 pulgadas) o más. | Intensificador de imagen de 9 pulgadas **(CUMPLE según catálogo presentado)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Dra. Myrnam Aguilar de Montaper
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **Al menos dos campos de entrada.** | Triple campos de entrada. **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Dos monitores LCD o TFT de alta resolución de por lo menos 19" con carro de transporte.** | Dos monitores LCD de alta resolución de 19" con carro de transporte **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | Sistema digital de procesamiento de imágenes: | Cámara CCD | Cámara CCD **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Retención de la última imagen fluoroscópica. | Retención de la última imagen fluoroscópica **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Inversión de Imagen. | Inversión de Imagen **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Rotación de la imagen en sentido horario y anti-horario. | Rotación de la imagen en sentido horario y anti-horario **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Zoom y mediciones. | Zoom y mediciones **(CUMPLE)** |
| | | | **Posibilidad de guardar en memoria 150.000 imágenes o más.** | Posibilidad de guardar en memoria 150.000 imágenes **(CUMPLE según catálogo presentado pero difiere del fabricante) (*)** |
| | | | **Presentación simultánea de la imagen fluoroscópica actual en un monitor y una imagen de referencia en el otro monitor** | Presentación simultánea de la imagen fluoroscópica actual en un monitor y una imagen de referencia en el otro monitor **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Videoimpresora: Dispositivo de grabación en CD o DVD. | Videoimpresora: Dispositivo de grabación en CD - DVD **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Velocidad de adquisición 25 f/s | Velocidad de adquisición 25 FPS **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Conectividad: DICOM 3.0 Habilitado. | Conectividad: DICOM 3.0 Habilitado **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | Generador de Rayos X: | Generador de alta frecuencia. | Generador de alta frecuencia **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Posibilidad de realización de fluoroscopía pulsada, continua y modo de radiografía digital. | Posibilidad de realización de fluoroscopía pulsada, continua y modo de radiografía digital **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Rango de KV para Radiografía: de 40 o menos a 110 kV o más.** | Rango de KV para Radiografía: de 40 a 120 kV **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Rango de KV para Fluoroscopía: de 40 o menos a 110 kV o más.** | Rango de KV para Fluoroscopía: de 40 a 120 kV **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Ancho de pulso: de 10ms o menos a 35ms o más.** | Ancho de pulso: 10ms a 35ms **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Rango de corriente de fluoroscopia continua de: 0.5mA o menos a 7mA o más.**<br>**Rango de corriente de fluoroscopia pulsada de: 5mA o menos a 7mA o más.**<br>**Rango de mAs: 1 a 250 mAs., ó mejor** | Rango de corriente de fluoroscopia continua de: 0.5mA a 12mA **(CUMPLE según catálogo presentado)**<br>Rango de corriente de fluoroscopia pulsada de: 5mA a 12mA **(CUMPLE según catálogo presentado)**<br>Rango de mAs: 1 a 250 mAs. **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Potencia mínima nominal del generador 2,5kW o mejor** | Potencia mínima nominal del generador 3,5kW **(CUMPLE según catálogo presentado pero difiere del fabricante) (*)** |
| | | Tubo de | Ánodo giratorio | Ánodo giratorio **(CUMPLE según catálogo presentado)** |

Ing. Gustavo Cueva.
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Lic. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Rayos X: | **Con capacidad de almacenamiento de calor térmico en el ánodo de 100 KHU ó mayor.**<br>**Capacidad de almacenamiento del Tubo de Rayos X incluyendo la carcasa de 1 MHU o más.** | Con capacidad de almacenamiento de calor térmico en el ánodo de 100 kHU **(CUMPLE según catálogo presentado)**<br>Capacidad de almacenamiento del Tubo de Rayos X incluyendo la carcasa de 1MHU. **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Colimador iris motorizado. | Colimador iris motorizado. **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Uno o dos focos entre 0,3 y 0,6 mm. | Dos focos de 0,3 y 1,5 mm **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | Aliment. eléctrica: | 220 V AC ± 10% / 50 Hz, con enchufe tipo schuko. | 220 V AC ± 10% / 50 Hz, con enchufe tipo schuko **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | Mesa Traslucida para procedimientos | **Mesa para procedimientos vasculares traslucida a Rayos X.** | Mesa para procedimientos vasculares traslucida a Rayos X. Marca ALLENGERS – Modelo EHCR **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | Rodable, con ruedas blocantes. | Rodable, con ruedas blocantes. **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Altura ajustable de 80 a 100 cm o mayor rango.** | Altura ajustable de 80 a 100 cm **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | | **Dimensiones de la mesa radiotraslucida: longitud total: 210 cm o mayor, ancho total: 60 cm o mayor.** | Dimensiones de la mesa radiotraslucida: longitud total: 210 cm, ancho total: 60 cm. **(CUMPLE según catálogo presentado)** |
| | | Cobertor | Esterilizable para cada equipo. | Esterilizable para cada equipo **(CUMPLE)** |
| | | Catálogos | Catálogos: Originales impresos en fábrica, en idioma Español, Portugués o Ingles donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. | Catálogos: impreso y confeccionado por el oferente difiere del fabricante **(NO CUMPLE) (*)** |
| | | Instalación | La empresa deberá trasladar e instalar los equipos dejando en funcionamiento | La empresa deberá trasladar e instalar los equipos dejando en funcionamiento **(CUMPLE)** |
| | | | Manual del Usuario en Español o cualquier otro idioma y su correspondiente traducción por traductor público | Manual del Usuario en Español o cualquier otro idioma y su correspondiente traducción por traductor público **(CUMPLE)** |
| | | Capacitación: | La empresa proveedora deberá realizar capacitación técnica de al menos 24 horas al personal técnico de la Sección de Electromedicina Hospital. | La empresa proveedora deberá realizar capacitación técnica de al menos 24 horas al personal técnico de la Sección de Electromedicina Hospital. **(CUMPLE)** |
| | | | La empresa deberá realizar capacitación de uso y cuidados del equipo de al menos 10 (diez) horas al personal Médico y de Enfermería en el Servicio donde se instalen los equipos, siendo los mismos designados por el Jefe de Servicio. | La empresa deberá realizar capacitación de uso y cuidados del equipo de al menos 10 (diez) horas al personal Médico y de Enfermería en el Servicio donde se instalen los equipos, siendo los mismos designados por el Jefe de Servicio. **(CUMPLE)** |
| | | Información Técnica | El oferente deberá proveer catálogos en idioma español, portugués o inglés; donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. | El oferente deberá proveer catálogos en idioma español, portugués o inglés; donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. **(CUMPLE)** |
| | | Dirección Web | Direcciones Web y correo electrónico, nombre del contacto del representante del fabricante, donde se pueda obtener información del producto ofertado. | Direcciones Web y correo electrónico, nombre del contacto del representante del fabricante, donde se pueda obtener información del producto ofertado. **(CUMPLE)** |
| | | Otros Requerimi | Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno | Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Lic. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

ABOG. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | entos | traducido al español | español **(CUMPLE)** |
| | | | Garantizar la provisión de repuestos y accesorios por lo menos 05 años después de la adquisición del equipo | Garantizar la provisión de repuestos y accesorios por lo menos 05 años después de la adquisición del equipo **(CUMPLE)** |
| | | | Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. | Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. **(CUMPLE)** |

**OBSERVACIÓN 5**: la SEGUNDA mejor oferta presentada por **la firma FALCON COMERCIAL E INDUSTRIAL S.A.** cotiza un Equipo de la Marca ALLENGERS Modelo HF 59R según el Acta de subasta a la baja de fecha 17/12/2020, que se visualiza a continuación:

| DATOS DEL ITEM | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Item Nro. | Código | Descripción del Item | | | | | Cantidad |
| 3 | 41111808-9993 | Equipo de rayos X arco en C - Portatil | | | | | 10 |
| PROPUESTAS INICIALES | | | | | | | |
| Of. - RUC | Marca | Fabricante | Modelo | Procedencia | Descripción | Precio Unit. | Precio Total |
| FALCON COM. & IND. S.A. - 80010835-3 | ALLENGERS | ALLENGERS MEDICAL SYSTEM LTD. | HF59 R | INDIA | Equipo de rayos X arco en C - Portatil | 695.000.000 | 6.950.000.000 |
| EDUARDO ELIZECHE BENITEZ SAC - 80002379-0 | Siemens Healthineers | Siemens Healthineers AG | Cios Select | Alemania | Equipo de rayos X arco en C - Portatil | 630.000.000 | 6.300.000.000 |
| Consorcio Sumi - 80109965-0 | SHIMADZU | SHIMADZU CORPORATIOI | OPESCOPE ACTENO | JAPON | Equipo de rayos X arco en C - Portatil | 850.000.000 | 8.500.000.000 |
| ASUCOM S.A - 80012224-0 | ITALRAY | ITALRAY S.r.l | CARMEX | ITALIA | Equipo de rayos X arco en C - Portatil | 700.000.000 | 7.000.000.000 |
| DYSA HEALTHCARE S.A. - 80013820-1 | DK MEDICAL SYSTEMS | DK MEDICAL SYSTEMS CO., LTD | PROSTAR | KOREA | Equipo de rayos X arco en C - Portatil | 756.256.305 | 7.562.563.050 |

En la carpeta de ofertas no se visualiza el catálogo o folleto técnico para la verificación del cumplimiento de la oferta, por nota de fecha 31/03/2021 la firma presenta un catálogo técnico del equipo ofertado, impreso en hoja simple, dicho documento menciona que corresponde al Modelo HF 59 / 59R, son dos modelos distintos, y no se define exactamente a cuál de los dos equipos corresponde el catálogo presentado.

Lic. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

DIGISCAN
**Producto:** Brazo en C con detector de panel plano
**Modelo:** HF 59R

Lee mas

BASE DIGISCAN
**Producto:** Brazo en C con detector de panel plano
**Modelo:** HF 59 Plus

Lee mas

ROLLSCAN ADV
**Producto:** Intensificador de imagen de brazo en C (modular)
**Modelo:** HF 59 Plus / HF 59R

Lee mas

LDHD PLUS
**Producto:** Arco en C con intensificador de imagen
**Modelo:** HF 59 Plus / HF 59R

Lee mas

IMAGEN MÁS LDHD
**Producto:** Arco en C con intensificador de imagen
**Modelo:** HF 49 Plus / HF 49R

Lee mas

IMAGEN PLUS HD
**Producto:** Arco en C con intensificador de imagen
**Modelo:** HF 49 Plus / HF 49R

Lee mas

Verificando en internet en la página web del fabricante https://www.allengers.com; se observa que el fabricante clasifica los Equipos Arco en C Modelo HF 59R en series distintas, que se puede observar en la página https://www.allengers.com/our_products/orthopaedic, de la cual se extrae la imagen.

El modelo ofertado HF 59R se corresponde con las series DIGISCAN, ROLLSCAN ADV y LDHD PLUS (ver la imagen).

No obstante se puede verificar que las tres series que se corresponden con el modelo HF 59R la Potencia del generador es de 6 kW y en el catálogo presentado por la firma que la Potencia del generado es de 3,5 kW, por tanto **no coincide con lo especificado por el fabricante**. Se puede verificar también en página web https://pdf.medicalexpo.com/pdf/allengers-medical-systems/multiproduct/75520-156862-_7.html y en la página web https://pdf.medicalexpo.es/pdf-en/allengers-medical-systems/hf-59-59r-trolley-free-c-arm-image-intensifier-35-15kw/75520-84789.html

Se puede verificar también en las páginas web mencionadas que el Equipo ALLENGERS Modelo HF 59R **NO CUMPLE** con el requerimiento de "**Posibilidad de guardar en memoria 150.000 imágenes o mas**"

Por todo lo mencionado la SEGUNDA mejor oferta presentada por **la firma FALCON COMERCIAL E INDUSTRIAL S.A. en el ÍTEM 3 NO CUMPLE** con todos los requerimientos técnicos solicitados en el Pliego de Bases y Condiciones y sus correspondientes Adendas, por tanto, SE RECOMIENDA DESESTIMAR LA OFERTA y evaluar la siguiente mejor oferta.

Dra. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Ing. Gustavo Cueva
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

Se procede a verificar la TERCERA mejor oferta presentada por la firma ELIZECHE S.A.C.

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | VERIFICACIÓN DE LAS OFERTAS (cumple / no cumple) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **Primera mejor oferta: ELIZECHE S.A.C.** |
| | | | **EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C** | **EQUIPO DE RAYOS X ARCO EN C** |
| 3 | **EQUIPOS DE RAYOS X ARCO EN C - PORTATIL** | Datos Generales | Equipo móvil de Rayos X con arco en C, con sistema de TV, para procedimientos generales. | Equipo móvil de Rayos X con arco en C, con sistema de TV, para procedimientos generales. **(CUMPLE)** |
| | | | Especificar: MARCA,<br>MODELO,<br>PROCEDENCIA y<br>AÑO DE FABRICACIÓN | MARCA: SIEMENS<br>MODELO: CIOS SELECT<br>PROCEDENCIA: ALEMANIA<br>AÑO DE FABRICACIÓN: 2020 |
| | | | **Construcción acorde a normas internacionales ISO, CE, UL, FDA, TÜV, JIS al menos dos de ellos.** | Construcción acorde a normas internacionales ISO 13485, TUV y CE **(CUMPLE)** |
| | | | **Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada.** | Certificado original del fabricante en donde conste que la antigüedad del equipo ofertado y el software instalado no tiene más de un año, a considerarse a partir de la fecha de la oferta presentada. **(CUMPLE)** |
| | | | Certificado de registro y habilitación de servicio técnico otorgada por el MSP y BS. | Certificado de registro y habilitación de servicio técnico otorgada por el MSP y BS. **(CUMPLE)** |
| | | Estructura | Tubo e intensificador montados en estructura tipo Arco en C | Tubo e intensificador montados en estructura tipo Arco en C **(CUMPLE)** |
| | | | **Conjunto montado sobre carro de transporte con ruedas direccionables con freno electromagnéticos o mecánicos. El mismo deberá tener la posibilidad de realizar bloqueo centralizado de ruedas mediante un solo activador.** | Conjunto montado sobre carro de transporte con ruedas direccionables con freno electromagnéticos o mecánicos. El mismo deberá tener la posibilidad de realizar bloqueo centralizado de ruedas mediante un solo activador. **(CUMPLE)** |
| | | Arco en C | Movimiento vertical motorizado de 40 cm o más. | Movimiento vertical motorizado de 42 cm **(CUMPLE)** |
| | | | Movimiento orbital de 115º como mínimo. | Movimiento orbital de 130º **(CUMPLE)** |
| | | | Rotación de al menos +/- 180º. | Rotación de +/- 190º **(CUMPLE)** |
| | | | Movimiento longitudinal de 20 cm o más. | Movimiento longitudinal de 20 cm **(CUMPLE)** |
| | | | **Distancia desde la fuente de rayos X al Detector de imagen de 85 cm o más.** | Distancia desde la fuente de rayos X al Detector de imagen de 100 cm **(CUMPLE)** |
| | | | **Profundidad de inmersión de 65 cm o más.** | Profundidad de inmersión de 73 cm **(CUMPLE)** |
| | | Intensificador y TV | Intensificador de imagen de 23 cm (9 pulgadas) o más. | Intensificador de imagen de 23cm (9 pulgadas) **(CUMPLE)** |
| | | | **Al menos dos campos de entrada.** | Al menos dos campos de entrada. **(CUMPLE)** |
| | | | **Dos monitores LCD o TFT de alta resolución de por lo menos 19" con carro de transporte.** | Dos monitores TFT de alta resolución de 19" con carro de transporte **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Dra. Miyriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sistema digital de procesamiento de imágenes: | Cámara CCD | Cámara CCD **(CUMPLE)** |
| | | | Retención de la última imagen fluoroscópica. | Retención de la última imagen fluoroscópica **(CUMPLE)** |
| | | | Inversión de Imagen. | Inversión de Imagen **(CUMPLE)** |
| | | | Rotación de la imagen en sentido horario y anti-horario. | Rotación de la imagen en sentido horario y anti-horario **(CUMPLE)** |
| | | | Zoom y mediciones. | Zoom y mediciones **(CUMPLE)** |
| | | | **Posibilidad de guardar en memoria 150.000 imágenes o más.** | Posibilidad de guardar en memoria 150.000 imágenes **(CUMPLE)** |
| | | | **Presentación simultánea de la imagen fluoroscópica actual en un monitor y una imagen de referencia en el otro monitor** | Presentación simultánea de la imagen fluoroscópica actual en un monitor y una imagen de referencia en el otro monitor **(CUMPLE)** |
| | | | Videoimpresora: Dispositivo de grabación en CD o DVD. | Videoimpresora: Dispositivo de grabación en DVD **(CUMPLE)** |
| | | | Velocidad de adquisición 25 f/s | Velocidad de adquisición 30 f/s **(CUMPLE)** |
| | | | Conectividad: DICOM 3.0 Habilitado. | Conectividad: DICOM 3.0 Habilitado **(CUMPLE)** |
| | | Generador de Rayos X: | Generador de alta frecuencia. | Generador de alta frecuencia **(CUMPLE)** |
| | | | Posibilidad de realización de fluoroscopía pulsada, continua y modo de radiografía digital. | Posibilidad de realización de fluoroscopía pulsada, continua y modo de radiografía digital **(CUMPLE)** |
| | | | **Rango de KV para Radiografía: de 40 o menos a 110 kV o más.** | Rango de KV para Radiografía: de 40 a 110 kV **(CUMPLE)** |
| | | | **Rango de KV para Fluoroscopía: de 40 o menos a 110 kV o más.** | Rango de KV para Fluoroscopía: de 40 a 110 kV **(CUMPLE)** |
| | | | **Ancho de pulso: de 10ms o menos a 35ms o más.** | Ancho de pulso: 7 ms a 40 ms **(CUMPLE)** |
| | | | **Rango de corriente de fluoroscopia continua de: 0.5mA o menos a 7mA o más.**<br>**Rango de corriente de fluoroscopia pulsada de: 5mA o menos a 7mA o más.**<br>**Rango de mAs: 1 a 250 mAs., ó mejor** | Rango de corriente de fluoroscopia continua de: 0.2mA a 13mA **(CUMPLE)**<br>Rango de corriente de fluoroscopia pulsada de: 3mA a 24mA **(CUMPLE)**<br>Rango de mAs: 1 a 250 mAs. **(CUMPLE)** |
| | | | **Potencia mínima nominal del generador 2,5kW o mejor** | Potencia mínima nominal del generador 2,5kW **(CUMPLE)** |
| | | Tubo de Rayos X: | Ánodo giratorio | Ánodo giratorio **(CUMPLE)** |
| | | | **Con capacidad de almacenamiento de calor térmico en el ánodo de 100 KHU ó mayor.**<br>**Capacidad de almacenamiento del Tubo de Rayos X incluyendo la carcasa de 1 MHU o más.** | Con capacidad de almacenamiento de calor térmico en el ánodo de 101 kHU **(CUMPLE)**<br>Capacidad de almacenamiento del Tubo de Rayos X incluyendo la carcasa de 1,1MHU. **(CUMPLE)** |
| | | | Colimador iris motorizado. | Colimador iris motorizado. **(CUMPLE)** |
| | | | Uno o dos focos entre 0,3 y 0,6 mm. | Dos focos entre 0,3 y 0,6 mm **(CUMPLE)** |
| | | Aliment. eléctrica: | 220 V AC ± 10% / 50 Hz, con enchufe tipo schuko. | 220 V AC ± 10% / 50 Hz, con enchufe tipo schuko **(CUMPLE)** |
| | | Mesa Traslucida | **Mesa para procedimientos vasculares traslucida a Rayos X.** | Mesa para procedimientos vasculares traslucida a Rayos X. Marca BARFAB **(CUMPLE)** |

Ing. Gustavo Cuevas
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Lic. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiologia
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | para procedimientos | Rodable, con ruedas blocantes. | Rodable, con ruedas blocantes. **(CUMPLE)** |
| | | | **Altura ajustable de 80 a 100 cm o mayor rango.** | Altura ajustable de 80 a 100 cm **(CUMPLE)** |
| | | | **Dimensiones de la mesa radiotraslucida: longitud total: 210 cm o mayor, ancho total: 60 cm o mayor.** | Dimensiones de la mesa radiotraslucida: longitud total: 210 cm, ancho total: 60 cm. **(CUMPLE)** |
| | | Cobertor | Esterilizable para cada equipo. | Esterilizable para cada equipo **(CUMPLE)** |
| | | Catálogos | Catálogos: Originales impresos en fábrica, en idioma Español, Portugués o Ingles donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. | Catálogos: Originales impresos en fábrica, en idioma Español, Portugués o Ingles donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. **(CUMPLE)** |
| | | Instalación | La empresa deberá trasladar e instalar los equipos dejando en funcionamiento | La empresa deberá trasladar e instalar los equipos dejando en funcionamiento **(CUMPLE)** |
| | | | Manual del Usuario en Español o cualquier otro idioma y su correspondiente traducción por traductor público | Manual del Usuario en Español o cualquier otro idioma y su correspondiente traducción por traductor público **(CUMPLE)** |
| | | Capacitación: | La empresa proveedora deberá realizar capacitación técnica de al menos 24 horas al personal técnico de la Sección de Electromedicina Hospital. | La empresa proveedora deberá realizar capacitación técnica de al menos 24 horas al personal técnico de la Sección de Electromedicina Hospital. **(CUMPLE)** |
| | | | La empresa deberá realizar capacitación de uso y cuidados del equipo de al menos 10 (diez) horas al personal Médico y de Enfermería en el Servicio donde se instalen los equipos, siendo los mismos designados por el Jefe de Servicio. | La empresa deberá realizar capacitación de uso y cuidados del equipo de al menos 10 (diez) horas al personal Médico y de Enfermería en el Servicio donde se instalen los equipos, siendo los mismos designados por el Jefe de Servicio. **(CUMPLE)** |
| | | Información Técnica | El oferente deberá proveer catálogos en idioma español, portugués o inglés; donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. | El oferente deberá proveer catálogos en idioma español, portugués o inglés; donde se pueda comprobar el cumplimiento de las especificaciones técnicas aquí solicitadas. **(CUMPLE)** |
| | | Dirección Web | Direcciones Web y correo electrónico, nombre del contacto del representante del fabricante, donde se pueda obtener información del producto ofertado. | Direcciones Web y correo electrónico, nombre del contacto del representante del fabricante, donde se pueda obtener información del producto ofertado. **(CUMPLE)** |
| | | Otros Requerimientos | Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español | Manual de operación y servicio técnico en español, en caso de presentarse en otro idioma, debe acompañar al original uno traducido al español **(CUMPLE)** |
| | | | Garantizar la provisión de repuestos y accesorios por lo menos 05 años después de la adquisición del equipo | Garantizar la provisión de repuestos y accesorios por lo menos 05 años después de la adquisición del equipo **(CUMPLE)** |
| | | | Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. | Garantía escrita de 2 años como mínimo a partir de la instalación, con servicio técnico ante cualquier falla incluyendo los repuestos y/o materiales necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. | Mantenimiento preventivo y correctivo durante el tiempo de la garantía, incluyendo todos los materiales e insumos necesarios. **(CUMPLE)** |
| | | | Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del | Instalación del equipo en la institución designada y capacitación de uso y de servicio técnico (detección de fallas, testeo y calibración) del mismo a |

Ing. Gustavo Cueva
Jefe Dpto. Información Tecnológica
Dirección Biomédica

Lic. Myriam Aguilar de Montanar
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | mismo a usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. | usuarios y a técnicos de la correspondientes con provisión de los accesorios y materiales necesarios. **(CUMPLE)** |

**OBSERVACIÓN 6**: la TERCERA mejor oferta presentada por la firma ELIZECHE S.A.C. en el ÍTEM 3 **CUMPLE** con todos los requerimientos técnicos solicitados en el Pliego de Bases y Condiciones y sus correspondientes Adendas, se recomienda adjudicar.

Sin más que agregar se da por concluido la Evaluación Técnica de las ofertas en el marco de la LPN Nº 83/2020 – ID Nº 385.769

Ing. Gustavo Cueva
Jefe Dpto. Información Tecnologica
Dirección Biomédica

Lic. Myriam Aguilar de Montaner
Jefa Serv. Anestesiología
Hospital Nacional

Abog. Olivia Ruiz Díaz

Dr. E. Rafael González Rahi
Jefe del Servicio de Imágenes
Registro Nº 4393
Hospital de Trauma