**CONTRATACION POR VIA DE LA EXCEPCION SBE Nº 37/22**
**"ADQUISICIÓN URGENTE DE EQUIPOS DE RESPIRACION ASISTIDA Y ASISTENTE DE TOS PARA EL IPS"**

**ADENDA Nº 3**

Asunción, 12 de octubre de 2022

**AL OFERENTE:**

Con relación a la **CONTRATACION POR VIA DE LA EXCEPCION SBE Nº 37/22 "ADQUISICIÓN URGENTE DE EQUIPOS DE RESPIRACION ASISTIDA Y ASISTENTE DE TOS PARA EL IPS"**, con **ID Nº 417.577**, informamos que se realizan las siguientes modificaciones:

1. ***En la Sección Datos de la Licitación, en el punto 24. Periodo de Validez de la Garantía de los Bienes, se realiza la siguiente modificación:***

***Donde dice:***

El Proveedor garantizará que todos los bienes suministrados en virtud del Contrato son nuevos y sin uso, con una antigüedad de fabricación no mayor a 1 (un) año, comprobable con un certificado de año de fabricación, emitida por la fábrica y legalizado por el Consulado del país de origen.

El Proveedor garantizará que todos los bienes suministrados estarán libres de defectos derivados de actos y omisiones que éste hubiese incurrido, o derivados del diseño, materiales o manufactura, durante el uso normal de los bienes en las condiciones que imperen en el Paraguay.

La empresa adjudicada deberá proveer garantía del bien de 3 (tres) años desde la emisión del Acta de Recepción Provisoria, incluyendo la sustitución sin costo de partes con defectos de fábrica. Durante el periodo de garantía se deberá incluir soporte de mantenimiento preventivo y correctivo.

***Debe decir:***

**El Proveedor garantizará que todos los bienes suministrados en virtud del Contrato son nuevos y sin uso.**

El Proveedor garantizará que todos los bienes suministrados estarán libres de defectos derivados de actos y omisiones que éste hubiese incurrido, o derivados del diseño, materiales o manufactura, durante el uso normal de los bienes en las condiciones que imperen en el Paraguay.

**La empresa adjudicada deberá proveer garantía del bien de 1 (un) año desde la emisión del Acta de Recepción Provisoria**, incluyendo la sustitución sin costo de partes con defectos de fábrica. Durante el periodo de garantía se deberá incluir soporte de mantenimiento preventivo y correctivo.

2. ***En la Sección Requisitos de Participación y Criterios de Evaluación, en el punto 9. Capacidad Técnica, se elimina en inciso g), por lo que se realiza la siguiente modificación:***

***Donde dice:***

| |
|---|
| a) Cumplimiento total de las Especificaciones Técnicas (salvo los puntos que sean opcionales o que se aclaren que no son excluyentes). Las planillas de especificaciones técnicas deberán ser completadas con SI o NO en la columna CUMPLE, indicando claramente los parámetros del equipo ofertado en la columna PARAMETROS, y el Nro. de Folio en la columna FOLIO. Esta columna es de suma importancia pues en ella se indica la página del catálogo, manual de usuario o servicio del fabricante en donde se encuentra el parámetro que está siendo analizado. Estos parámetros deberán ser resaltados e indicados claramente de manera a que se pueda comprobar todas las especificaciones técnicas requeridas. |
| b) Las planillas de especificaciones técnicas, así como los catálogos y/o manuales en donde las mismas puedan ser comprobadas, deberán presentarse en formato impreso y formato digital (PDFs en CD). |
| c) La empresa deberá presentar certificado o constancia de habilitación del servicio técnico, emitido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para dispositivos médicos. |
| d) La autorización/resolución de apertura vigente, emitida por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, rubro DISPOSITIVOS |
| e) Listado y certificación demostrable de cada personal técnico, capacitado y habilitado por el |

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Juan Manuel Villar López Director Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Sr. Luis Fernández Jefe de Sección Compra Directa

Abg. Lucía Rojas Frette JEFE Dpto. de Licitaciones Dirección Operativa de Contrataciones

| |
|---|
| fabricante, Representante Regional o Distribuidor Regional Autorizado a realizar Servicio técnico. |
| f) Habilitación vigente del Servicio Técnico en dispositivos médicos, expedido por el MSP y BS. |
| g) Certificación emitida por el fabricante, legalizada por el Consulado del país de origen, de que el equipo ofertado es nuevo y no remanufacturado. |
| h) Planilla de datos garantizados del equipo ofertado, conforme al modelo adjunto. |
| i) Certificado buenas prácticas de fabricación y control, si es de fabricación nacional, y buenas prácticas de almacenamiento y deposito, para los importados. |
| j) Certificado de registro sanitario, de conformidad a la Ley N° 4959/12. |

***Debe decir:***

| |
|---|
| a) Cumplimiento total de las Especificaciones Técnicas (salvo los puntos que sean opcionales o que se aclaren que no son excluyentes). Las planillas de especificaciones técnicas deberán ser completadas con SI o NO en la columna CUMPLE, indicando claramente los parámetros del equipo ofertado en la columna PARAMETROS, y el Nro. de Folio en la columna FOLIO. Esta columna es de suma importancia pues en ella se indica la página del catálogo, manual de usuario o servicio del fabricante en donde se encuentra el parámetro que está siendo analizado. Estos parámetros deberán ser resaltados e indicados claramente de manera a que se pueda comprobar todas las especificaciones técnicas requeridas. |
| b) Las planillas de especificaciones técnicas, así como los catálogos y/o manuales en donde las mismas puedan ser comprobadas, deberán presentarse en formato impreso y formato digital (PDFs en CD). |
| c) La empresa deberá presentar certificado o constancia de habilitación del servicio técnico, emitido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para dispositivos médicos. |
| d) La autorización/resolución de apertura vigente, emitida por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, rubro DISPOSITIVOS |
| e) Listado y certificación demostrable de cada personal técnico, capacitado y habilitado por el fabricante, Representante Regional o Distribuidor Regional Autorizado a realizar Servicio técnico. |
| f) Habilitación vigente del Servicio Técnico en dispositivos médicos, expedido por el MSP y BS. |
| g) Planilla de datos garantizados del equipo ofertado, conforme al modelo adjunto. |
| h) Certificado buenas prácticas de fabricación y control, si es de fabricación nacional, y buenas prácticas de almacenamiento y deposito, para los importados. |
| i) Certificado de registro sanitario, de conformidad a la Ley N° 4959/12. |

3. ***<u>En la Sección Especificaciones Técnicas y Suministros Requeridos, en el punto 1. Especificaciones Técnicas, se realiza la siguiente modificación:</u>***

***Donde dice:***

| Ítem | 2 | Ventilador Pulmonar de Alta Complejidad Adulto Pediátrico | Código: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Especificaciones Técnicas** | | | |
| **2.** | **1** | **Datos Generales** | | | |
| 2. | 1.1 | Descripción: Dispositivo biomédico diseñado para insuflar una mezcla gaseosa a los pulmones del paciente de manera controlada. | | | |
| **2.** | **2** | **Datos proveídos por el oferente** | | | |
| 2. | 2.1 | Marca: | | | |
| 2. | 2.2 | Modelo: | | | |
| 2. | 2.3 | Origen: | | | |
| 2. | 2.4 | Dirección Web del fabricante: | | | |
| | | **Criterios de evaluación** | | | |
| **2.** | **3** | **Normativas** | **Cumple** | **Parámetros** | **Folio** |
| 2. | 3.1 | Presentar Certificado de Normas de calidad específicas: FDA, CE o JIS al menos alguna de ellas. Dicho documento debe estar vigente e indicar marca y modelo ofertado. | | | |

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Juan Manuel Villar Lopez Director Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Sr. Luis Fernández Jefe de Sección Compra Dirección

Abg. Lucía Rojas Frette JEFE Dpto. de Licitaciones Dirección Operativa de Contrataciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 3.2 | Presentar Certificado de Normas de calidad generales: ISO 13485. Dicho documento debe estar vigente e indicar marca y tipo de equipo ofertado. | | | |
| **2.** | **4** | **Características** | | | |
| 2. | 4.1 | Diseñado para la ventilación de pacientes adultos y pediátricos | | | |
| 2. | 4.2 | Volumen Corriente (ml). Límite inferior 50 o menor. Límite superior 2000 o mayor. | | | |
| 2. | 4.3 | Flujo inspiratorio máximo 250 L/min o mayor | | | |
| 2. | 4.4 | Presión Inspiratoria (cm H2O). De 1 o menor a 99 o mayor | | | |
| 2. | 4.5 | Frecuencia espontánea (rpm). Límite inferior 2 o menor. Límite superior 80 o mayor. | | | |
| 2. | 4.6 | Tiempo Inspiratorio (s). Límite inferior 0,2 o menor. Límite superior 10 o mayor. | | | |
| 2. | 4.7 | Pausa Inspiratoria. | | | |
| 2. | 4.8 | Pausa Espiratoria. | | | |
| 2. | 4.9 | FiO2 (%). Límite inferior 21 o menor. Límite superior 100. | | | |
| 2. | 4.10 | PEEP (cmH2O) Límite inferior 0 Límite superior 50 o mayor. | | | |
| 2. | 4.11 | Presión Soporte (PSV) ó Presión Asistida ó ASB (cm H2O). Límite inferior 0. Límite superior 50 o mayor. | | | |
| 2. | 4.12 | Nebulizador sincronizado. | | | |
| 2. | 4.13 | Sensibilidad del trigger (trigger por flujo) De 1 l/min o menor a 15 l/min o mayor | | | |
| 2. | 4.14 | Aceleración de flujo de 5 mbar/s o menor a 200 mbar/s o mayor. | | | |
| 2. | 4.15 | Compensación automática de tubo ATC | | | |
| 2. | 4.16 | Terapia de O2 Flujo continuo (BTPS) de 2 l/min o menor a 100 l/min o mayor en aumentos de 1 l/min de O2. | | | |
| 2. | 4.17 | Medición de CO2 en corriente principal | | | |
| 2. | 4.18 | Presión de apertura de la válvula de seguridad 120 mbar o mayor | | | |
| 2. | 5 | Válvula de emergencia que activa automáticamente la respiración espontánea con aire ambiente filtrado si falla el suministro de aire y O2. | | | |
| 2. | 5.1 | Función de cambio de gas automático si falla el suministro de O2 | | | |
| 2. | 5.2 | Capacidad de registro de tendencia por al menos 10 días | | | |
| 2. | 5.3 | Programa de oxigenación para aspiración endotraqueal. (Durante la succión y 2 minutos después, el límite inferior de alarma para el volumen minuto está desactivado.) | | | |
| **2.** | **6** | **Modos ventilatorios** | | | |
| **2.** | **6.1** | Ventilación Asistida/Controlada y SIMV, controlada por volumen. | | | |
| 2. | 6.2 | Ventilación intermitente sincronizada controlada por presión | | | |
| 2. | 6.3 | CPAP o Espontáneo con línea de base elevada. | | | |

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Juan Manuel Villar López Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Sr. Luis Fernández Jefe de Sección Compra Directa DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Abg. Lucía Rojas Frette JEFE Dpto. de Licitaciones Dirección Operativa de Contrataciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 6.4 | -Posibilidad de Crecimiento a futuro mediante software en los siguientes modos ventilatorios:<br>-Respiración espontánea bajo presión positiva continua (PC-APRV)<br>-Ventilación controlada por presión y por asistencia (PC-AC)<br>-Ventilación controlada por volumen para garantizar un volumen minuto mandatorio (VC-MMV) | | | |
| 2. | 6.5 | Presión Soporte (PSV) ó Presión Asistida ó ASB. | | | |
| 2. | 6.6 | Respaldo en caso de Apnea de acuerdo al modo ventilatorio, por volumen o presión. | | | |
| 2. | 6.7 | NIV: ventilación no invasiva con sistemas optimizados de alarmas y compensación de fugas automática. | | | |
| 2. | 6.8 | Ventilación regulada por presión y con garantía en volumen manual o automática en asistida/controlada. (Volumen Garantizado o Autoflow o Similar). | | | |
| 2. | 6.9 | Parámetros de ventilación preestablecidos en función del peso corporal ideal o de la categoría del paciente | | | |
| **2.** | **7** | **Parámetros Monitorizados mostrados en pantalla** | | | |
| 2. | 7.1 | Presión Inspiratoria Pico o Máxima. | | | |
| 2. | 7.2 | Presión Media en Vías Aéreas. | | | |
| 2. | 7.3 | Presión de Meseta, Plateau o Pausa. | | | |
| 2. | 7.4 | PEEP de 0 a 99 mbar o mayor (o hPa o cmH2O) | | | |
| 2. | 7.5 | PEEP intrínseca PEEPi de 0 a 100 mbar o mayor | | | |
| 2. | 7.6 | Frecuencia respiratoria total y espontánea, de 0 a 150 rpm o mayor | | | |
| 2. | 7.7 | Volumen Minuto total, Volumen Minuto espontáneo, de 0 a 99 l/min o mayor | | | |
| 2. | 7.8 | Relación I:E. De 1:150 a 150:1 o mejor rango | | | |
| 2. | 7.9 | Volumen Tidal inspiratorio, Volumen tidal espiratorio y Volumen Tidal de las inspiraciones espontáneas | | | |
| 2. | 7.10 | Concentración de O2 inspirado Del 21 al 100 %vol. | | | |
| 2. | 7.11 | Concentración de CO2 espiratoria final EtCO2 De 0 a 100 mmHg o mayor | | | |
| 2. | 7.12 | Posibilidad de medición de temperatura del gas respiratorio de inspiración. | | | |
| 2. | 7.13 | Indicador de batería de respaldo en uso. | | | |
| 2. | 7.14 | Compliancia de 0,5 ml/mbar o menor a 200 ml/mbar o mayor | | | |
| **2.** | **8** | **Cálculo de Resistencia Inspiratoria y Espiratoria** | | | |
| 2. | 8.1 | Respiración rápida superficial RSB De 0 a 9999 (1/min/l) o mayor. | | | |
| 2. | 8.2 | Volumen minuto de fugas VMfuga Del 0 al 100% | | | |
| 2. | 8.3 | Despliegue simultáneo de las siguientes curvas de Ventilación:<br>- Volumen-Tiempo.<br>- Flujo-Tiempo.<br>- Presión-Tiempo.<br>- CO2-Tiempo. | | | |

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Juan Manuel Villar Lopes
Director
Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Sr. Luis Fernández
Jefe de Sección Compra Directa
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONE

Abg. Lucia Rojas Frette
JEFE
Dpto. de Licitaciones
Dirección Operativa de Contrataciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 8.4 | Despliegue de los siguientes bucles:<br>– Presión / Volumen<br>– Volumen / Flujo<br>– Flujo / Presión<br>– Volumen / CO2<br>– Presión traqueal – Volumen<br>– Flujo – Presión Traqueal | | | |
| **2.** | **9** | **Alarmas** | | | |
| 2. | 9.1 | Audibles y Visuales. | | | |
| 2. | 9.2 | Presión Inspiratoria Alta y Baja. | | | |
| 2. | 9.3 | Tiempo de alarma de apnea De 15 a 60 seg o mejor rango | | | |
| 2. | 9.4 | Volumen Minuto Alto y Bajo. | | | |
| 2. | 9.5 | Volumen Tidal Alto y Bajo | | | |
| 2. | 9.6 | Frecuencia Respiratoria Alta. | | | |
| 2. | 9.7 | Desconexión del paciente. | | | |
| 2. | 9.8 | FiO2 Alta y Baja. | | | |
| 2. | 9.9 | Temperatura del gas respiratorio de inspiración alta | | | |
| 2. | 9.10 | Presión alta del suministro de gases. | | | |
| 2. | 9.11 | Falla alimentación Eléctrica. | | | |
| 2. | 9.12 | Batería baja. | | | |
| 2. | 9.13 | Ventilador Inoperante o Falla de Ventilador. | | | |
| 2. | 9.14 | Silencio temporal de Alarma. | | | |
| **2.** | **10** | **Suministro de gases** | | | |
| 2. | 10.1 | Aire: Tecnología de turbina | | | |
| 2. | 10.2 | Suministro de gas O2 Desde 3 bar a 6 bar | | | |
| 2. | 10.3 | Mangueras de alta presión codificadas para oxígeno (verde) con conexiones tipo DISS | | | |
| 2. | 10.4 | Mezclador de Aire-Oxigeno interno. | | | |
| **2.** | **11** | **Generales** | | | |
| 2. | 11.1 | Controlado por microprocesador. | | | |
| 2. | 11.2 | Analizador FiO2 interno. | | | |
| 2. | 11.3 | Sensor de flujo reusable. (Se deberán entregar cinco unidades para su recambio durante el periodo de garantía.) | | | |
| 2. | 11.4 | Compensación de compliancia del circuito paciente. | | | |
| 2. | 11.5 | Compensación de fugas de hasta el 100% del volumen tidal fijado | | | |
| 2. | 11.6 | Pantalla gráfica LCD a colores de 12" o mayor para la visualización de curvas en tiempo real, parámetros monitoreados y alarmas. | | | |
| 2. | 11.7 | Todo el sistema en idioma español. | | | |
| 2. | 11.8 | Control mediante pantalla táctil. | | | |
| 2. | 11.9 | Perilla selectora para ajuste de valores de los parámetros de control. | | | |
| 2. | 11.10 | Alimentación eléctrica: 220V CA ±10% / 50Hz, con cable de alimentación de acuerdo a la norma CEE 7/4 tipo F (Schuko). | | | |
| 2. | 11.11 | Entrada y salida digital a través de una interfaz RS 232 | | | |
| 2. | 11.12 | Congelamiento de pantalla con posibilidad de medición de parámetros mientras esté en este modo. | | | |

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Juan Manuel Villar López Director Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Sr. Luis Fernandez Jefe de Sección Compra

Abg. Luna Rojas Frette JEFE Dpto. de Licitaciones Dirección Operativa de Contrataciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 11.13 | Autotest o función de verificación de buen funcionamiento. | | | |
| **2.** | **12.** | **Accesorios incluidos (por cada equipo)** | | | |
| 2. | 12.1 | Brazo soporte para circuito paciente. Cantidad mínima: 1 (uno) | | | |
| 2. | 12.2 | Base rodante original con al menos cuatro ruedas y freno. Con soporte para Botellas de gases. | | | |
| 2. | 12.3 | Batería Interna, 45 min aproximadamente (ampliación opcional hasta 5 horas o más) | | | |
| 2. | 12.4 | Se deberán incluir 1 (una) válvula exhalatoria esterilizable. | | | |
| 2. | 12.5 | Celda o sensor de Oxígeno en caso de requerirse. (Instalada en el equipo.) | | | |
| 2. | 12.6 | Pulmón de prueba. | | | |
| 2. | 12.7 | Tubuladuras reutilizables adulto/pediátrico (50 unidades) | | | |
| 2. | 12.8 | Filtros inspiratorios mecánicos descartables (100 unidades ). | | | |
| 2. | 12.9 | Valvula exhalatoria (4 unidades ) | | | |
| 2. | 12.10 | Mascara exhalatoria (4 unidades) | | | |

***Debe decir:***

| **Ítem** | **2** | **Ventilador Pulmonar de Alta Complejidad Adulto Pediátrico** | **Código:** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Especificaciones Técnicas** | | | |
| **2.** | **1** | **Datos Generales** | | | |
| 2. | 1.1 | Descripción: Dispositivo biomédico diseñado para insuflar una mezcla gaseosa a los pulmones del paciente de manera controlada. | | | |
| **2.** | **2** | **Datos proveídos por el oferente** | | | |
| 2. | 2.1 | Marca: | | | |
| 2. | 2.2 | Modelo: | | | |
| 2. | 2.3 | Origen: | | | |
| 2. | 2.4 | Dirección Web del fabricante: | | | |
| | | **Criterios de evaluación** | | | |
| **2.** | **3** | **Normativas** | **Cumple** | **Parámetros** | **Folio** |
| 2. | 3.1 | Presentar Certificado de Normas de calidad específicas: FDA, CE o JIS al menos alguna de ellas. Dicho documento debe estar vigente e indicar marca y modelo ofertado. | | | |
| 2. | 3.2 | Presentar Certificado de Normas de calidad generales: ISO 13485. Dicho documento debe estar vigente e indicar marca y tipo de equipo ofertado. | | | |
| **2.** | **4** | **Características** | | | |
| 2. | 4.1 | Diseñado para la ventilación de pacientes adultos y pediátricos | | | |
| 2. | 4.2 | Volumen Corriente (ml). Límite inferior 50 o menor. Límite superior 2000 o mayor. | | | |
| **2.** | **4.3** | **Flujo inspiratorio máximo 240 L/min o mayor** | | | |
| 2. | 4.4 | Presión Inspiratoria (cm H2O). De 1 o menor a 99 o mayor | | | |
| 2. | 4.5 | Frecuencia respiratoria (rpm). Límite inferior 2 o menor. Límite superior 80 o mayor. | | | |

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Juan Manuel Villar López Director Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Sr. Luis Fernandez Jefe de Sección Compra Directa

Abg. Lucía Rojas Frette JEFE Dpto. de Licitaciones Dirección Operativa de Contrataciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 4.6 | Tiempo Inspiratorio (s). Límite inferior 0,2 o menor. Límite superior 10 o mayor. | | | |
| 2. | 4.7 | Pausa Inspiratoria. | | | |
| 2. | 4.8 | Pausa Espiratoria. | | | |
| 2. | 4.9 | FiO2 (%).<br>Límite inferior 21 o menor. Límite superior 100. | | | |
| 2. | 4.10 | PEEP (cmH2O)<br>Límite inferior 0 Límite superior 50 o mayor. | | | |
| 2. | 4.11 | Presión Soporte (PSV) ó Presión Asistida ó ASB (cm H2O). Límite inferior 0.<br>Límite superior 50 o mayor. | | | |
| 2. | 4.12 | Nebulizador sincronizado. | | | |
| 2. | 4.13 | Sensibilidad del trigger (trigger por flujo) De 1 l/min o menor a 15 l/min o mayor | | | |
| **2.** | **4.14** | **Aceleración de flujo de 5 mbar/s o menor a 200 mbar/s o mayor. Opcional** | | | |
| 2. | 4.15 | Compensación automática de tubo ATC | | | |
| **2.** | **4.16** | **Terapia de O2 Flujo continuo (BTPS) de 2 l/min o menor a 60 L /min o mayor en aumentos de 1 l/min de O2.** | | | |
| 2. | 4.17 | Medición de CO2 en corriente principal | | | |
| 2. | 4.18 | Presión de apertura de la válvula de seguridad 120 mbar o mayor | | | |
| **2.** | **5** | **Válvula de emergencia que activa automáticamente la respiración espontánea con aire ambiente filtrado si falla el suministro de aire y O2.** | | | |
| 2. | 5.1 | Función de cambio de gas automático si falla el suministro de O2 | | | |
| 2. | 5.2 | Capacidad de registro de tendencia por al menos 10 días | | | |
| **2.** | **5.3** | **Programa de oxigenación para aspiración endotraqueal. Según la tecnología del fabricante** | | | |
| **2.** | **6** | **Modos ventilatorios** | | | |
| 2. | 6.1 | Ventilación Asistida/Controlada y SIMV, controlada por volumen. | | | |
| 2. | 6.2 | Ventilación intermitente sincronizada controlada por presión | | | |
| 2. | 6.3 | CPAP o Espontáneo con línea de base elevada. | | | |
| **2.** | **6.4** | -Posibilidad de Crecimiento a futuro mediante software en los siguientes modos ventilatorios:<br>-Respiración espontánea bajo presión positiva continua (PC- APRV)<br>-Ventilación controlada por presión y por asistencia (PC-AC)<br>**-Ventilación controlada por volumen para garantizar un volumen minuto mandatorio (VC-MMV) Opcional** | | | |
| 2. | 6.5 | Presión Soporte (PSV) ó Presión Asistida ó ASB. | | | |
| 2. | 6.6 | Respaldo en caso de Apnea de acuerdo al modo ventilatorio, por volumen o presión. | | | |
| 2. | 6.7 | NIV: ventilación no invasiva con sistemas optimizados de alarmas y compensación de fugas automática. | | | |
| 2. | 6.8 | Ventilación regulada por presión y con garantía en volumen manual o automática en asistida/controlada. (Volumen Garantizado o Autoflow o Similar). | | | |

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Juan Manuel Villar Lopes
Director
Dirección Operativa de Contrataciones



INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Sr. Luis Fernandez
Jefe de Sección Compra Directa
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Abg. Lucia Rojas Frette
JEFE
Dpto. de Licitaciones
Dirección Operativa de Contrataciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 6.9 | Parámetros de ventilación preestablecidos en función del peso corporal ideal o de la categoría del paciente | | | |
| **2.** | **7** | **Parámetros Monitorizados mostrados en pantalla** | | | |
| 2. | 7.1 | Presión Inspiratoria Pico o Máxima. | | | |
| 2. | 7.2 | Presión Media en Vías Aéreas. | | | |
| 2. | 7.3 | Presión de Meseta, Plateau o Pausa. | | | |
| 2. | 7.4 | PEEP de 0 a 99 mbar o mayor (o hPa o cmH2O) | | | |
| **2.** | **7.5** | **PEEP intrínseca PEEPi** | | | |
| 2. | 7.6 | Frecuencia respiratoria total y espontánea, de 0 a 150 rpm o mayor | | | |
| 2. | 7.7 | Volumen Minuto total, Volumen Minuto espontáneo, de 0 a 99 l/min o mayor | | | |
| **2.** | **7.8** | **Relación I:E.** | | | |
| 2. | 7.9 | Volumen Tidal inspiratorio, Volumen tidal espiratorio y Volumen Tidal de las inspiraciones espontáneas | | | |
| 2. | 7.10 | Concentración de O2 inspirado Del 21 al 100 %vol. | | | |
| 2. | 7.11 | Concentración de CO2 espiratoria final EtCO2 De 0 a 100 mmHg o mayor | | | |
| **2.** | **7.12** | **Posibilidad de medición de temperatura del gas respiratorio de inspiración. Opcional** | | | |
| 2. | 7.13 | Indicador de batería de respaldo en uso. | | | |
| **2.** | **8** | **Cálculo de Resistencia Inspiratoria y Espiratoria** | | | |
| 2. | 8.1 | Respiración rápida superficial RSB De 0 a 9999 (1/min/l) o mayor. | | | |
| 2. | 8.2 | Volumen minuto de fugas VMfuga Del 0 al 100% | | | |
| 2. | 8.3 | Despliegue simultáneo de las siguientes curvas de Ventilación:<br>Volumen-Tiempo.<br>Flujo-Tiempo.<br>Presión-Tiempo.<br>CO2-Tiempo. | | | |
| 2. | 8.4 | Despliegue de los siguientes bucles:<br>– Presión / Volumen<br>– Volumen / Flujo<br>– Flujo / Presión<br>– Volumen / CO2<br>– Presión traqueal – Volumen Opcional<br>– Flujo – Presión Traqueal Opcional | | | |
| **2.** | **9** | **Alarmas** | | | |
| 2. | 9.1 | Audibles y Visuales. | | | |
| 2. | 9.2 | Presión Inspiratoria Alta y Baja. | | | |
| 2. | 9.3 | Tiempo de alarma de apnea De 15 a 60 seg o mejor rango | | | |
| 2. | 9.4 | Volumen Minuto Alto y Bajo. | | | |
| 2. | 9.5 | Volumen Tidal Alto y Bajo | | | |
| 2. | 9.6 | Frecuencia Respiratoria Alta. | | | |
| 2. | 9.7 | Desconexión del paciente. | | | |
| 2. | 9.8 | FiO2 Alta y Baja. | | | |
| 2. | 9.9 | Temperatura del gas respiratorio de inspiración alta | | | |
| 2. | 9.10 | Presión alta del suministro de gases. | | | |

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Juan Manuel Villar López
Director
Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Sr. Luis Fernández
Jefe de Sección Compra Directa
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Abg. Lucía Rojas Frette
JEFE
Dpto. de Licitaciones
Dirección Operativa de Contrataciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 9.11 | Falla alimentación Eléctrica. | | | |
| 2. | 9.12 | Batería baja. | | | |
| 2. | 9.13 | Ventilador Inoperante o Falla de Ventilador. | | | |
| 2. | 9.14 | Silencio temporal de Alarma. | | | |
| **2.** | **10** | **Suministro de gases** | | | |
| 2. | 10.1 | Aire: Tecnología de turbina | | | |
| 2. | 10.2 | Suministro de gas O2 Desde 3 bar a 6 bar | | | |
| 2. | 10.3 | Mangueras de alta presión codificadas para oxígeno (verde) con conexiones tipo DISS | | | |
| 2. | 10.4 | Mezclador de Aire-Oxigeno interno. | | | |
| **2.** | **11** | **Generales** | | | |
| 2. | 11.1 | Controlado por microprocesador. | | | |
| 2. | 11.2 | Analizador FiO2 interno. | | | |
| 2. | 11.3 | Sensor de flujo reusable. (Se deberán entregar cinco unidades para su recambio durante el periodo de garantía.) | | | |
| 2. | 11.4 | Compensación de compliancia del circuito paciente. | | | |
| 2. | 11.5 | Compensación de fugas de hasta el 100% del volumen tidal fijado | | | |
| 2. | 11.6 | Pantalla gráfica LCD a colores de 12" o mayor para la visualización de curvas en tiempo real, parámetros monitoreados y alarmas. | | | |
| 2. | 11.7 | Todo el sistema en idioma español. | | | |
| 2. | 11.8 | Control mediante pantalla táctil. | | | |
| 2. | 11.9 | Perilla selectora para ajuste de valores de los parámetros de control. | | | |
| 2. | 11.10 | Alimentación eléctrica: 220V CA ±10% / 50Hz, con cable de alimentación de acuerdo a la norma CEE 7/4 tipo F (Schuko). | | | |
| 2. | 11.11 | Entrada y salida digital a través de una interfaz RS 232 | | | |
| 2. | 11.12 | Congelamiento de pantalla con posibilidad de medición de parámetros mientras esté en este modo. | | | |
| 2. | 11.13 | Autotest o función de verificación de buen funcionamiento. | | | |
| **2.** | **12.** | **Accesorios incluidos (por cada equipo)** | | | |
| 2. | 12.1 | Brazo soporte para circuito paciente. Cantidad mínima: 1 (uno) | | | |
| 2. | 12.2 | Base rodante original con al menos cuatro ruedas y freno. Con soporte para Botellas de gases. | | | |
| 2. | 12.3 | Batería Interna, 45 min aproximadamente (ampliación opcional hasta 5 horas o más) | | | |
| 2. | 12.4 | Se deberán incluir 1 (una) válvula exhalatoria esterilizable. | | | |
| 2. | 12.5 | Celda o sensor de Oxígeno en caso de requerirse. (Instalada en el equipo.) | | | |
| 2. | 12.6 | Pulmón de prueba. | | | |
| **2.** | **12.7** | **Tubuladuras reutilizables adulto/pediátrico 2 (unidades) o descartables (10 unidades)** | | | |
| **2.** | **12.8** | **Filtros inspiratorios mecánicos descartables (25 unidades)** | | | |
| **2.** | **12.9** | **Válvula exhalatoria (2 unidades)** | | | |
| **2.** | **12.10** | **Mascara exhalatoria (2 unidades)** | | | |

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Juan Manuel Villar Lópes
Director
Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Sr. Luis Fernández
Jefe de Sección Compra Directa
DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Abg. Lucía Rojas Frette
JEFE
Dpto. de Licitaciones
Dirección Operativa de Contrataciones

4. ***En la Sección Especificaciones Técnicas y Suministros Requeridos, en el punto 8. Indicadores de Cumplimiento de Contrato, se realiza la siguiente modificación:***

***Donde dice:***

El documento requerido para acreditar el cumplimiento contractual será: 3 (tres) Actas de Recepción.

**Planificación de indicadores de cumplimiento:**

| INDICADOR | TIPO | (*) FECHA DE PRESENTACIÓN PREVISTA |
|---|---|---|
| Acta de Recepción Provisoria | Acta de recepción | 90 días de la fecha de firma del contrato |
| Acta de Recepción Definitiva | Acta de recepción | 360 días de la fecha de firma del contrato |
| Acta de Recepción Final | Acta de recepción | 720 días de la fecha de firma del contrato |

**(*): Ésta columna presupone el mes de inicio de ejecución de Contrato, la misma está sujeta a modificación conforme la fecha de suscripción de dicho documento.**

***Debe decir:***

El documento requerido para acreditar el cumplimiento contractual será: **1 (un) Acta de Recepción.**

**Planificación de indicadores de cumplimiento:**

| INDICADOR | TIPO | (*) FECHA DE PRESENTACIÓN PREVISTA |
|---|---|---|
| **Acta de Recepción Definitiva** | **Acta de recepción** | **30 días de la fecha de firma del contrato** |

**(*): Ésta columna presupone el mes de inicio de ejecución de Contrato, la misma está sujeta a modificación conforme la fecha de suscripción de dicho documento**

5. ***En la Sección Condiciones Contractuales, en el punto 7. Forma de Pago, en Otras formas y condiciones de pago al proveedor en virtud del contrato serán las siguientes, se realiza la siguiente modificación:***

***Donde dice:***

Los pagos de la presente Licitación realizará vía acreditación en cuenta bancaria se realizará por lo efectivamente entregado dentro de los sesenta (60) días calendario, de la presentación de los documentos aceptados, exigidos para el pago. La solicitud deberá ser aceptada o rechazada, a más tardar en quince (15) días posteriores a su presentación.

a) **EL NOVENTA Y CUATRO (94%) SERAN PAGADOS CONTRA ENTREGA DE LOS BIENES ADQUIRIDOS, POSTERIORMENTE DURANTE EL PERIODO DE LA GARANTIA DE FÁBRICA HASTA EL SEGUNDO AÑO SERÁN COMPLETADOS EL RESTANTE 6 % A RAZÓN DE 3 % POR AÑO.**

El Acta de Recepción Definitiva será emitida al final del contrato que será contabilizado luego del periodo de garantía ya expresado más arriba.

En caso de que las entregas excedan los plazos fijados en el Plan de Entregas, para el Cómputo de las deducciones que correspondan en casos de atraso, se tomarán en cuenta las fechas límites de entrega en el mencionado Plan.

**Documentos exigidos para el pago:**

1. Nota de Solicitud de Pago (NSP) conforme al modelo adjunto.
2. Copia de la póliza de seguro de fiel cumplimiento de contrato
3. Factura Crédito.
4. Certificado de Cumplimiento Tributario.
5. Acta de Recepción Provisoria de los Bienes debidamente firmada por el Administrador del contrato.
6. Nota de Remisión con la conformidad de la Sección Administración de Equipos e Insumos dependiente del Dpto. Electromedicina.
7. Certificado de Cumplimiento con el Seguro Social vigente.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Sr. Luis Fernández Jefe de Sección Compra Di... DIRECCIÓN OPERA...

Abg. Lucía Rojas Frette JEFE Dpto. de Licitaciones Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Juan Manuel Villar López Director Dirección Operativa de Contrataciones

**b) Durante el periodo de garantía para acceder al pago de la retención anual (3%) serán exigidos:**

1. Nota de Solicitud de Pago (NSP conforme al modelo adjunto.
2. Copia de la póliza de seguro de fiel cumplimiento de contrato.
3. Factura Crédito.
4. Certificado de Cumplimiento Tributario.
5. Copia Acta Provisoria.
6. Certificado de Cumplimiento con el Seguro Social vigente.
7. Acta de Conformidad de Cumplimiento del Contrato debidamente firmada por el Administrador del contrato.

**c) Al término del contrato y último año de garantía de los bienes serán exigidos para el pago:**

1. Nota de Solicitud de Pago (NSP) conforme al modelo adjunto.
2. Copia de la póliza de seguro de fiel cumplimiento de contrato.
3. Factura Crédito.
4. Certificado de Cumplimiento Tributario.
5. Acta de Recepción Definitiva debidamente firmada por el Administrador del Contrato.
6. Certificado de Cumplimiento con el Seguro Social vigente.

**Observaciones:**

- El IPS no liberará ningún desembolso a favor de ninguna empresa que no se encuentre al día en el pago de sus compromisos con el IPS.
- El proveedor deberá contar con una cuenta corriente y/o caja de ahorro habilitada en un Banco de plaza a su nombre, a fin de poder hacer efectivo el Pago vía acreditación en cuenta bancaria.
- La Dirección de Tesorería corroborará si la Empresa se encuentra al día con el Pago del Aporte Obrero Patronal.
- Cada monto facturado será pasible de las retenciones correspondientes a impuestos a la Renta e IVA, según lo establecido por las disposiciones conforme a la Ley 125/91. Independiente a estas retenciones impositivas se aplicará una retención equivalente al 0.5% sobre el monto de cada factura o certificado de obra, deducidos los impuestos reflejados en la misma, de acuerdo a lo dispuesto por el Art. 267 de la Ley 6672/2021 que modifica Art. 41 de la Ley Nº 2051/03 de "Contrataciones Públicas y Establece la Carta Orgánica de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas".

***Debe decir:***

Los pagos de la presente Licitación realizará vía acreditación en cuenta bancaria se realizará por lo efectivamente entregado dentro de los sesenta (60) días calendario, de la presentación de los documentos aceptados, exigidos para el pago. La solicitud deberá ser aceptada o rechazada, a más tardar en quince (15) días posteriores a su presentación.

EL CIEN PORCIENTO (100%) SERA PAGADO CONTRA ENTREGA DE LOS BIENES ADQUIRIDOS.

**Documentos exigidos para el pago:**

1. Nota de Solicitud de Pago (NSP) conforme al modelo adjunto
2. Copia de la póliza de seguro de fiel cumplimiento de contrato
3. Factura Crédito.
4. Certificado de Cumplimiento Tributario.
5. Acta de recepción final, debidamente firmadas por el/los Jefe/s de la dependencia que recibió los bienes y/o servicios con el V° B° del administrador del Contrato.
6. Certificado de Cumplimiento con el Seguro Social vigente.

**Observaciones:**

- El IPS no liberará ningún desembolso a favor de ninguna empresa que no se encuentre al día en el pago de sus compromisos con el IPS.
- El proveedor deberá contar con una cuenta corriente y/o caja de ahorro habilitada en un Banco de plaza a su nombre, a fin de poder hacer efectivo el Pago vía acreditación en cuenta bancaria.
- La Dirección de Tesorería corroborará si la Empresa se encuentra al día con el Pago del Aporte Obrero Patronal.
- Cada monto facturado será pasible de las retenciones correspondientes a impuestos a la Renta e IVA, según lo establecido por las disposiciones conforme a la Ley 125/91. Independiente a estas retenciones impositivas se aplicará una retención equivalente al 0.5% sobre el monto de cada factura o certificado de obra, deducidos los impuestos reflejados en la misma, de acuerdo a lo dispuesto por el Art. 267 de la Ley 6672/2021 que modifica Art. 41 de la Ley Nº 2051/03 de "Contrataciones Públicas y Establece la Carta Orgánica de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas".

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Sr. Luis Fernández Jefe de Sección Compra Directa DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Abg. Lucía Rojas Frette JEFE Dpto. de Licitaciones Dirección Operativa de Contrataciones

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Juan Manuel Villar López Director Dirección Operativa de Contrataciones