[](https://www.google.com.mx/url?sa=i&url=https://herum.mx/jalisco-entre-los-principales-estados-exportadores/&psig=AOvVaw378L3xf4UcsA_7YO0dABxA&ust=1582402000799000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCNiTuIi54-cCFQAAAAAdAAAAABAI)

**GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**BASES**

Licitación Pública Local LCCC-022-2021

A TIEMPOS ACORTADOS

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

De conformidad con lo previsto por el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el artículo 69 numeral 3, de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco, los artículos 1, 2 y 3 de la Ley del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco; los artículos 1, 2, 3, 4 punto 1 fracciones II, III, IV, V, VI, 23, 24, 25, 26 fracción II, 34, 35, 37, 49 numeral 1 y 2, 50, 51 fracción l, 52, 54, 55 fracción II, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 69, 76, 84, 85 y 86 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios; los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 40, 51 y 54 de su Reglamento; los artículos 1, 2, 5, 10, 11, 12 fracción III, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y demás correspondientes de las Normas, Políticas y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Entidad Paraestatal Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco; los artículos 1, 15 y 17 de la Ley de Austeridad y Ahorro del Estado de Jalisco y sus Municipios, y demás ordenamientos aplicables, el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, con domicilio en la calle Dr. Baeza Alzaga número 107, Colonia Centro, C.P. 44100, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco;

**CONVOCA** a las personas físicas y/o jurídicas interesadas en participar en el procedimiento de adquisición mediante la **Licitación Pública Local LCCC-022-2021** **A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, en lo subsecuente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, el cual cuenta con suficiencia presupuestal y se llevará a cabo con **Recursos Estatales** del **Ejercicio 2021** y de conformidad a lo establecido en las siguientes:

**B A S E S**

Para los fines de estas **BASES**, se entenderá por:

|  |  |
| --- | --- |
| **BASES O CONVOCATORIA** | Es el llamado a los interesados a participar en determinado procedimiento de adquisiciones o enajenación, que contiene las condiciones y requisitos de participación. |
| **COMITÉ** | Comité de Adquisiciones del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco. |
| **CONTRALORÍA** | Órgano de Control del Gobierno del Estado de Jalisco, con domicilio en Av. Ignacio L. Vallarta número 1252, Col. Americana. Teléfono 01-(33)1543-9470 |
| **CONTRATO** | Instrumento Jurídico mediante el cual las partes se comprometen recíprocamente a respetar y cumplir la voluntad expresa de las mismas. |
| **CONVOCANTE** | El ente público que, a través del área requirente y la unidad centralizada de compras, tramita los procedimientos de adquisición y enajenación de bienes en los términos de la **LEY**. |
| **DIRECCIÓN** | Dirección de Recursos Materiales del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco. |
| **DOMICILIO** | Dr. Baeza Alzaga número 107, Colonia Centro, C.P. 44100, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. |
| **I.V.A.** | Impuesto al Valor Agregado. |
| **LEY** | Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios. |
| **PARTICIPANTE O LICITANTE** | Persona Física o Jurídica que presenta propuesta en el **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**. |
| **PROCEDIMIENTO DE CONTRATACION** | Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS “EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”. |
| **PROPUESTA O PROPOSICIÓN** | Documentación conformada por las propuestas técnica y económica que presenten los **PARTICIPANTES.** |
| **PROVEEDOR O CONTRATISTA** | **PARTICIPANTE** Adjudicado. |
| **APORTACIÓN CINCO AL MILLAR** | Retención del monto total de los contratos de bienes y servicios antes de IVA, que será aportado al Fondo Impulso Jalisco, equivalente al 0.5 punto cinco por ciento del valor asignado, previa declaración de voluntad suscrita por el aportante. |
| **REGLAMENTO** | Reglamento de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios. |
| **RESOLUCIÓN O FALLO** | Documento que emite el **COMITÉ**, por el cual determina el o los proveedores adjudicados de cada procedimiento, posterior a la revisión de los análisis correspondientes |
| **RUPC** | Registro Estatal Único de Proveedores y Contratistas del Estado de Jalisco. |
| **UNIDAD CENTRALIZADA DE COMPRAS** | Unidad administrativa responsable de las Adquisiciones, enajenaciones, arrendamiento de bienes y la contratación de servicios del ente público, que para el caso será la Coordinación de Adquisiciones del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco. |
| **ORGANISMO** | Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco |
| **ÁREA REQUIRENTE** | Dirección Médica del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco |
| **OIC** | Órgano Interno de Control con domicilio en Dr. Baeza Alzaga número 107, Colonia Centro, C.P. 44100, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco |
| **Fondo** | Fondo Impulso Jalisco FIMJA |

**CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

**(ACTOS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTO** | **DÍA** | **HORA** | **LUGAR** |
| Aprobación de **CONVOCATORIA** / **BASES** | 04 de mayo de 2021 | A partir de las 16:25 horas | En el **DOMICILIO** del **ORGANISMO** |
| Publicación de **CONVOCATORIA** / **BASES** | 04 de mayo de 2021 | A partir de las 17:00 horas | <https://info.jalisco.gob.mx> |
| Recepción de preguntas | 06 de mayo de 2021 | Hasta las 12:00 horas | A través del correo electrónico:  [luisfrancisco.lopez@jalisco.gob.mx](mailto:luisfrancisco.lopez@jalisco.gob.mx) |
| Registro para el Acto de Junta Aclaratoria | 07 de mayo de 2021 | Entre las 11:30 y las 11:59 horas | En el **DOMICILIO** del **ORGANISMO** |
| Acto de Junta Aclaratoria | 07 de mayo de 2021 | A las 12:00 horas | En el **DOMICILIO** del **ORGANISMO** |
| Registro para la Presentación de Propuestas. | 11 de mayo de 2021 | Entre las 16:00 y las 16:29 horas | En el **DOMICILIO** del **ORGANISMO** |
| Presentación y Apertura de propuestas. | 11 de mayo de 2021 | A las 16:30 horas | En el **DOMICILIO** del **ORGANISMO** |
| **FALLO O RESOLUCIÓN** de la convocatoria. | 12 de mayo de 2021 | A las 16:00 horas | https://info.jalisco.gob.mx y/o correo electrónico y/o en el **DOMICILIO** del **ORGANISMO** |

1. **ESPECIFICACIONES.**

El objeto del presente procedimiento es la ADQUISICIÓN del **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, de conformidad con las características señaladas en el **Anexo 1. Carta de Requerimientos Técnicos**, de las presentes **BASES.**

| **PARTIDA** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **UNIDAD DE MEDIDA** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Aspirador gástrico para succión continua e intermitente | 7 | PIEZA |
| 2 | Báscula electrónica con estadímetro | 11 | PIEZA |
| 3 | Báscula electrónica (pesapañales) | 1 | PIEZA |
| 4 | Báscula Para Bebé | 1 | PIEZA |
| 5 | Bacinete para bebé | 20 | PIEZA |
| 6 | Cama Camilla Radiotransparente | 2 | PIEZA |
| 7 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Adulto ELECTRICA | 20 | PIEZA |
| 8 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Pediátrico | 4 | PIEZA |
| 9 | Carro Camilla Para Adultos | 2 | PIEZA |
| 10 | Cama Trabajo De Parto | 1 | PIEZA |
| 11 | Cardiotocógrafo | 1 | PIEZA |
| 12 | Carro Camilla Para Recuperación | 7 | PIEZA |
| 13 | Carro Para Curaciones | 2 | PIEZA |
| 14 | Carro Rojo Con Equipo completo para Reanimación, Desfibrilador-Monitor- Marcapaso | 5 | PIEZA |
| 15 | Cirugía General De Pediatría, Set De | 1 | PIEZA |
| 16 | Cubeta De 12 Litros (Acero Inoxidable) | 19 | PIEZA |
| 17 | Cuna de calor radiante para cuidados intensivos con fototerapia | 2 | PIEZA |
| 18 | Electrocardiógrafo multicanal con interpretación | 2 | PIEZA |
| 19 | Equipo de ultrasonido para estudios generales | 2 | PIEZA |
| 20 | Esfigmomanómetro aneroide de pared | 7 | PIEZA |
| 21 | Esfigmomanómetro aneroide portátil | 7 | PIEZA |
| 22 | Esterilizador De Vapor Autogenerado | 2 | PIEZA |
| 23 | Estetoscopio de cápsula doble | 13 | PIEZA |
| 24 | Estetoscopio de pinard | 1 | PIEZA |
| 25 | Estuche de diagnóstico completo | 11 | PIEZA |
| 26 | Flujómetro de pared | 10 | PIEZA |
| 27 | Fonodetector portátil de latidos fetales | 12 | PIEZA |
| 28 | Glucómetro | 4 | PIEZA |
| 29 | Incubadora Para Controles Biológicos De La Esterilización Con Vapor | 1 | PIEZA |
| 30 | Incubadora para recién nacido | 4 | PIEZA |
| 31 | Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica | 9 | PIEZA |
| 32 | Lámpara Obstétrica. | 2 | PIEZA |
| 33 | Lámpara Quirúrgica Portátil Para Emergencia | 2 | PIEZA |
| 34 | Lámpara Quirúrgica Sencilla De Operación Manual | 2 | PIEZA |
| 35 | Laringoscopio | 1 | PIEZA |
| 36 | Lavadora, Descontaminadora De Alta Frecuencia, De Instrumental Y Utensilios (Con Accesorios) | 2 | PIEZA |
| 37 | Máquina de anestesia intermedia | 3 | PIEZA |
| 38 | Mesa Alta De 120 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 1 | PIEZA |
| 39 | Mesa Alta De 180 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 3 | PIEZA |
| 40 | Mesa Carro Anestesiólogo | 1 | PIEZA |
| 41 | Mesa De 150 Cm. Para Atención A Recién Nacidos | 1 | PIEZA |
| 42 | Mesa De 180 Cm. Para Ensamble Con Repisa Intermedia | 1 | PIEZA |
| 43 | Mesa de exploración con pierneras | 5 | PIEZA |
| 44 | Mesa de Mayo o similar | 5 | PIEZA |
| 45 | Mesa Para Exploración Ginecológica | 1 | PIEZA |
| 46 | Mesa Para Exploración Universal | 2 | PIEZA |
| 47 | Mesa Para Instrumental Quirúrgico | 1 | PIEZA |
| 48 | Mesa Pasteur | 6 | PIEZA |
| 49 | Mesa Puente | 3 | PIEZA |
| 50 | Mesa Quirúrgica Para Obstetricia | 2 | PIEZA |
| 51 | Mesa Quirúrgica Universal Mecánico-Hidráulica Básica | 2 | PIEZA |
| 52 | Monitor De Signos Vitales (Básico) | 20 | PIEZA |
| 53 | Monitor De Signos Vitales Avanzado | 4 | PIEZA |
| 54 | Nebulizador con dosificador de oxígeno | 2 | PIEZA |
| 55 | Nebulizador ultrasónico continuo | 1 | PIEZA |
| 56 | Negatoscopio doble | 14 | PIEZA |
| 57 | Negatoscopio sencillo | 10 | PIEZA |
| 58 | Oxímetro De Pulso | 2 | PIEZA |
| 59 | Martillo Percutor | 1 | PIEZA |
| 60 | Portacubeta Rodable | 18 | PIEZA |
| 61 | Portavenoclisis Rodable | 17 | PIEZA |
| 62 | Reanimador de asistencia ventilatoria | 8 | PIEZA |
| 63 | Resucitador para recién nacidos | 1 | PIEZA |
| 64 | Set De Instrumental Para Asepsia | 2 | PIEZA |
| 65 | Set De Instrumental Para Cesárea. Ginecología | 1 | PIEZA |
| 66 | Set De Instrumental Para Cirugía General Integrada | 1 | PIEZA |
| 67 | Set De Instrumental Para Cirugía Menor. Cirugía General | 1 | PIEZA |
| 68 | Set De Instrumental Para Curación Para Hospital | 2 | PIEZA |
| 69 | Set De Instrumental Para Legrado. Ginecología | 1 | PIEZA |
| 70 | Set De Instrumental Para Parto. Ginecología | 1 | PIEZA |
| 71 | Set De Instrumental Para Retirar Puntos. Consultorios | 2 | PIEZA |
| 72 | Set De Instrumental Para Revisión Uterina | 2 | PIEZA |
| 73 | Set De Instrumental Para Sutura. Consultorios | 3 | PIEZA |
| 74 | Termómetro que permite medir la temperatura del cuerpo humano, a través del canal auditivo | 12 | PIEZA |
| 75 | Unidad De Electrocirugía De Uso General | 2 | PIEZA |
| 76 | Unidad de secado para equipo de inhaloterapia | 2 | PIEZA |
| 77 | Archivero de 4 cajones | 8 | PIEZA |
| 78 | Escritorio | 20 | PIEZA |
| 79 | Estante de 5 niveles | 16 | PIEZA |
| 80 | Silla de oficina | 38 | PIEZA |
| 81 | Silla para paciente | 28 | PIEZA |
| 82 | Sillas tándem 4 plazas | 16 | PIEZA |
| 83 | Computadora de escritorio | 14 | PIEZA |

El procedimiento se realizará bajo la modalidad de **TIEMPOS ACORTADOS**, de conformidad con lo señalado en el artículo 61 numeral 2 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios, para llevar a cabo la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, conforme a las características señaladas en el **Anexo 1. Carta de Requerimientos Técnicos**, adjunto a las presentes **BASES.**

Las propuestas deberán ser entregadas de manera presencial de acuerdo con el **CALENDARIO DE ACTIVIDADES** en el **DOMICILIO** citado en el mismo.

El **ÁREA REQUIRENTE** será la encargada de la vigilancia de la correcta adquisición de los bienes, y será quien dará seguimiento al cumplimiento de las obligaciones, condiciones y requisitos establecidos en estas **BASES** y el **Anexo 1. Carta de Requerimientos Técnicos**.

1. **PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA.**

La entrega de los bienes o insumos objeto de este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN,** deberá ser en una sola exhibición, dentro de los dos días hábiles contados a partir del día siguiente de la publicación y notificación del fallo.

La entrega deberá efectuarse de manera programada en la Bodega de Inventarios de la Jefatura de Control de Bienes Muebles e Inmuebles, con domicilio en Altos Hornos No. 1385, Colonia Álamo Industrial, Guadalajara, Jalisco.

Para la entrega se deberá de notificar al Jefe de Control de Bienes Muebles e Inmuebles con mínimo 24 horas de anticipación, comunicándose al número telefónico 33362-41897.

Las obligaciones derivadas del presente procedimiento correrán a partir de la notificación del **FALLO** y bajo la estricta responsabilidad del **PROVEEDOR**, quien se asegurará de la entrega de los bienes hasta su correcta recepción y a entera satisfacción por parte del **ORGANISMO**.

Se considerará que el **PROVEEDOR** ha entregado los bienes, objeto de este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, una vez que en la factura correspondiente se plasme el sello y firmas de la persona que recibe los bienes en la bodega de inventarios, del titular del **ÁREA REQUIRENTE**, y del Director inmediato superior de éste, mismos que forman parte del **ORGANISMO**.

1. **TRAMITE DE PAGO.**
2. El **PROVEEDOR** que resulte Adjudicado deberá facturar los bienes a nombre del **ORGANISMO**, debiendo cumplir con los requisitos fiscales establecidos por la legislación en la materia, con el **Impuesto al Valor Agregado** desglosado y especificando con exactitud la cantidad de los bienes con su precio unitario únicamente con dos decimales, en apego a lo establecido en el **CONTRATO** o pedido respectivo.
3. El **PROVEEDOR** tendrá la obligación de solicitar una cita con el almacén respectivo del **ORGANISMO** y acudir en la fecha y hora establecida por el almacén correspondiente con la impresión de su factura, y a la cita deberá acudir el responsable del **ÁREA REQUIRENTE**, para que el **PROVEEDOR** esté en condiciones de realizar la entrega de los objetos adquiridos. El responsable del almacén respectivo plasmará su nombre, firma y sello en la factura como comprobante de la recepción de los objetos recibidos. Los responsables del almacén respectivo y del **ÁREA REQUIRENTE**, mismos que se señalan en estas bases plasmarán su nombre, firma y sello en la factura como comprobante de la recepción de los objetos recibidos, para validar que éstos cumplan con las características, requisitos y especificaciones solicitadas en el **Anexo 1. Carta de Requerimientos Técnicos**.

\*Cuando se trate de instrumental y equipo médico, el Organismo deberá designar a un ingeniero biomédico, para verificar las características de los objetos, y en este caso el ingeniero biomédico designado, plasmará su nombre y firma en la factura como comprobante de la verificación física del instrumental y equipo médico recibido.

1. El **ÁREA REQUIRENTE** entregará toda la documentación señalada en el punto anterior anexando el formato denominado **“solicitud para la glosa y trámite de pago”**.
2. La Coordinación de Inventarios y la Dirección de Recursos Financieros del Organismo procesarán el expediente (factura y soporte documental) y le darán trámite de pago.
3. El **ORGANISMO** efectuará el pago total en Moneda Nacional y dentro de los 30 días hábiles siguientes a la correcta presentación del expediente en el área de glosa del **ORGANISMO**. El pago se realizará mediante transferencia vía electrónica, a la cuenta bancaria que el **PROVEEDOR** Adjudicado proporcione al **ORGANISMO** por escrito.
   1. **Vigencia de precios.**

La **PROPOSICIÓN** presentada por los **LICITANTES**, será bajo la condición de **precios fijos** hasta la total entrega de los bienes. Al presentar su **PROPUESTA** en la presente Licitación, los **PARTICIPANTES** dan por aceptada esta condición.

1. **OBLIGACIONES DE LOS PARTICIPANTES.**

1. Contar con la capacidad administrativa, fiscal, financiera, legal, técnica y profesional para atender el requerimiento en las condiciones solicitadas.
2. Presentar al momento del Registro para el Acto de Presentación y Apertura de Propuestas, el **Manifiesto de Personalidad** adjunto a estas **BASES**, con firma autógrafa, así como la **copia de la Identificación Oficial Vigente** de la persona que vaya a realizar la entrega del sobre cerrado.
3. Presentar todos los documentos y anexos solicitados en el numeral 9 de las presentes **BASES**, ya que son parte integral de la propuesta, para todos los efectos legales a que haya lugar, a excepción de los documentos opcionales.

1. En caso de resultar adjudicado, si el **PARTICIPANTE** se encontrara **dado de baja o no registrado** en el **RUPC,** como lo establece elartículo 17 de la **LEY**, deberá realizar su alta en los términos del artículo 27 del **REGLAMENTO,** a partir de la notificación de adjudicación, este requisito es factor indispensable para la celebración del **CONTRATO**. La Dirección de Padrón de Proveedores determinará si su giro está incluido en el ramo de bienes o servicios que participa. En caso de no cumplir con lo anterior, no podrá celebrarse **CONTRATO** alguno con dicho participante y de resultar conveniente, se celebrará con el segundo lugar o se iniciará un nuevo **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.

Para efectos de inscripción o actualización del registro, los interesados deberán cumplir con los requisitos señalados en el artículo 20 de la **LEY**, así como los referidos en los artículos 20, 21 y 22 de su **REGLAMENTO**; para ello deberán de acudir a la Dirección de Padrón de Proveedores dependiente de la Secretaría de Administración.

1. En caso de resultar adjudicado, deberá de suscribir el **CONTRATO** en los formatos, términos y condiciones que la Dirección Jurídica del **ORGANISMO** establezca, mismo que atenderá en todo momento a las presentes **BASES**, el **ANEXO 1** **(CARTA DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS)**, junta aclaratoria y la propuesta del adjudicado.
2. **JUNTA ACLARATORIA.**

Los licitantes que estén interesados en participar en el proceso de Licitación podrán presentar sus solicitudes de aclaración y manifiesto de interés en participar a través de los campos que están previstos en el formulario denominado **“Solicitud de Aclaraciones”** y el **PARTICIPANTE** tendrá que enviarlas al correo electrónico [luisfrancisco.lopez@jalisco.gob.mx](mailto:luisfrancisco.lopez@jalisco.gob.mx) en formato Word establecido de conformidad al formato, en la fecha y horario establecido en el **CALENDARIO DE ACTIVIDADES** de las presentes **BASES**, de conformidad con los artículos 62 numeral 4, 63 y 70 de la **LEY**, 63, 64 y 65 de su **REGLAMENTO**.

Las solicitudes de aclaración deberán plantearse de manera clara y concisa, además de estar directamente vinculadas con los puntos contenidos en la convocatoria, sus **BASES** y su Anexo 1 (CARTA DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS), indicando el numeral o punto específico con el cual se relaciona. Las solicitudes que no cumplan con los requisitos señalados podrán ser desechadas a criterio del **CONVOCANTE**.

Serán atendidas únicamente las solicitudes de aclaración que se hayan recibido en el tiempo y forma establecidos, sin embargo, en el acto de junta de aclaraciones, los asistentes podrán formular cuestionamientos que no hayan sido plasmados en el documento entregado de forma previa, sin embargo, el **CONVOCANTE** no tendrá obligación de dar respuesta a éstos en el acta correspondiente, a no ser que, a su juicio, las respuestas otorgadas sean de trascendencia para la convocatoria y sus anexos.

El registro para asistir al acto de junta aclaratoria se llevará a cabo de conformidad a la fecha y horario establecido en el **CALENDARIO DE ACTIVIDADES** de las presentes **BASES** en el **DOMICILIO** del **ORGANISMO**.

El acto de Junta de Aclaraciones se llevará a cabo de conformidad a la fecha y horario establecido en el **CALENDARIO DE ACTIVIDADES** de las presentes **BASES** en el **DOMICILIO** del **ORGANISMO,** donde se dará respuesta a las preguntas recibidas.

Las aclaraciones o la ausencia de ellas y los acuerdos tomados en el acto serán plasmados en el **Acta de la Junta de Aclaraciones**, la cual será parte integral de la presente convocatoria para los efectos legales a los que haya lugar.

La asistencia de los licitantes o sus representantes legales a la junta aclaratoria y/o visita de sitio, será **optativa** para los **PARTICIPANTES**, de conformidad con el articulo 62 numeral 4 de la **LEY**, pero las determinaciones que se acuerden dentro de la junta de aclaraciones serán de observancia **obligatoria** para todos aquellos que presenten proposiciones, aun para aquellos que no hayan asistido a las juntas de aclaraciones, o que desconozcan el resultado de dichos actos, esto con fundamento en el artículo 64 del **REGLAMENTO.**

1. **VISITA DE VERIFICACIÓN.**

Para este proceso de Adquisición NO APLICARÁ la visita de verificación**.**

* 1. **VISITA DE CAMPO.**

Para este proceso de Adquisición NO APLICARÁ la visita de campo**.**

1. **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA.**

De conformidad con los artículos 64 y 65 de la **LEY**, el **PARTICIPANTE** deberá presentar su propuesta técnica y económica mecanografiada o impresa, debidamente firmada, dirigida al **ORGANISMO** en la que debe constar el desglose de cada uno de los servicios que está ofertando y que el **CONVOCANTE** solicita contratar.

1. Todas y cada una de las hojas de la propuesta elaborada por el **PARTICIPANTE**, deberán presentarse firmadas de forma autógrafa por el titular o su representante legal.
2. Todos los documentos que integren la propuesta deberán presentarse, dentro de **un sobre cerrado en forma inviolable** el cual deberá contener en su portada la fecha, nombre del **PARTICIPANTE** (Razón Social) y número del **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN.**
3. Los documentos no deberán estar alterados, tachados y/o enmendados.
4. No se aceptarán opciones, el **PARTICIPANTE** deberá presentar **una sola propuesta**.
5. La propuesta deberá estar dirigida al **ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO** y realizarse con estricto apego a las necesidades planteadas por el **CONVOCANTE** en las presentes **BASES**, de acuerdo con el servicio y especificaciones requeridas en el **Anexo 1** (Carta de Requerimientos Técnicos).
6. La oferta se presentará en moneda nacional con los precios unitarios, I.V.A. y demás impuestos que en su caso correspondan desglosados. La propuesta económica deberá considerar para los cálculos aritméticos únicamente dos decimales.
7. La propuesta deberá incluir todos los costos involucrados, por lo que **no se aceptará ningún costo extra o precios condicionados**.
8. El participante en su propuesta podrá ofertar características superiores a los solicitados, lo cual deberá sustentarse documentalmente y deberá ser corroborado por el área requirente en su dictamen técnico.
9. Toda la documentación elaborada por el **PARTICIPANTE** deberá redactarse en español. Únicamente podrán presentarse certificaciones, folletos, catálogos y/o cualquier tipo de documento informativo en el idioma original, adjuntando traducción simple al español.
10. El **Anexo 2.** Propuesta Técnica se requiere en formato digital en versión .doc y .pdf; el **Anexo 3.** Propuesta Económica se requiere en formato digital en versión .xlsx y .pdf; y los documentos solicitados en los **Anexos 5, 8, 9 y 10,** se requieren en versión .pdf, todo lo anterior almacenado en una memoria USB.
11. El **PARTICIPANTE** deberá presentar de manera obligatoria, en los términos del formato establecido como **Anexo 21** (Declaración de aportación cinco al millar para el Fondo Impulso Jalisco), su aceptación o no aceptación para la aportación cinco al millar del monto total adjudicado antes de IVA para el Fondo.

La falta de alguna de estas características será causal **desechamiento** de la **PROPUESTA** del **PARTICIPANTE**.

* 1. **Características adicionales de las propuestas.**

Para facilitar en el acto de apertura la revisión de los documentos requeridos, se sugiere que éstos sean integrados en una carpeta de tres argollas conteniendo:

* Índice que haga referencia al número de hojas y orden de los documentos.
* Hojas simples de color que separen cada sección de la propuesta en la que se mencione de qué sección se trata.
* Solo los documentos originales que se exhiban con carácter devolutivo y por lo tanto no deban perforarse, presentarse dentro de micas. El no presentarlos dentro de la mica, exime de responsabilidad a la Unidad Centralizada de Compras de ser firmados y/o foliados.
* Las hojas foliadas en el orden solicitado, por ejemplo: 1/3, 2/3, 3/3.
* Sin grapas ni broches Baco.
* La **PROPUESTA** deberá presentarse en los términos de los formatos establecidos en los **Anexos 2. Propuesta Técnica y 3. Propuesta Económica**

**La falta de alguna de las características adicionales de la propuesta no será causal de desechamiento de la PROPUESTA del** **PARTICIPANTE.**

* 1. **Declaración de aportación cinco al millar para el Fondo Impulso Jalisco**

De conformidad con el artículo 149 de la **LEY** los participantes deberán de manera obligatoria declarar por escrito en los términos del Anexo 7, su voluntad o su negativa para la aportación cinco al millar del monto total del contrato antes de IVA, para que sea destinado al **FONDO**. Bajo ningún supuesto dicha aportación deberá incrementar su propuesta económica ni repercutir en la calidad de los bienes y/o servicios a entregar, su contravención será causa de desechamiento de la propuesta presentada.

En caso de aceptar realizar dicha aportación, la misma le será retenida por la Dirección de Recursos Financieros del **ORGANISMO** en una sola ministración en el primer pago, por lo que deberá señalar el concepto de retención del cinco al millar en el CFDI que se emita para efectos de pago.

* 1. **Estratificación**

En los términos de lo previsto por el apartado 1 del Artículo 68 de la **LEY,** con el objeto de fomentar la participación de las micro, pequeñas y medianas empresas en los procedimientos de adquisición y arrendamiento de bienes muebles, así como la ADQUISICIÓN de servicios que realicen las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, se deberá considerar el rango del **PARTICIPANTE** atendiendo a lo siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterios de Estratificación de las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas** | | | | |
| **Tamaño** | **Sector** | Rango de Número de Trabajadores (Empleados Registrados ante el IMSS y Personas Subcontratadas) | Rango de Monto de Ventas Anuales (mdp) | Tope Máximo Combinado\* |
| **Micro** | **Todas** | Desde 01 Hasta 10 | Hasta $4 | 4.6 |
| **Pequeña** | **Comercio** | Desde 11 Hasta 30 | Desde $4.01 Hasta $100 | 93 |
| **Industria y Servicios** | Desde 11 Hasta 50 | 95 |
| **Mediana** | **Comercio** | Desde 31 Hasta 100 | Desde 100.01 Hasta $250 | 235 |
| **Servicios** | Desde 51 Hasta 100 |
| **Industria** | Desde 51 Hasta 250 | 250 |
| **\*Tope Máximo Combinado = (Trabajadores) X 10% + (Ventas Anuales) X 90%** | | | | |

1. **MUESTRAS FÍSICAS.**

Para este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** **NO** se requieren muestras físicas.

1. **PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS.** 
   1. **Presentación y apertura de propuestas técnicas y económicas.**

Este acto se llevará a cabo de conformidad a la fecha y horario establecido en el **CALENDARIO DE ACTIVIDADES** de las presentes **BASES**, en el domicilio del **ORGANISMO** en la calle Dr. Baeza Alzaga # 107 Col. Centro, Guadalajara, Jalisco de conformidad con lo señalado en artículo 64 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios.

Los **PARTICIPANTES** que concurran al acto, deberán entregar con firma autógrafa el **Manifiesto de Personalidad**, adjunto a estas Bases, junto a una copia de su Identificación Oficial Vigente, así como firmar un registro de conformidad a la fecha y horario establecido en el **CALENDARIO DE ACTIVIDADES** de las presentes **BASES** para dejar constancia de su asistencia, y en el cual deberán anotar su nombre completo, número de su Identificación Oficial vigente, Razón Social de la empresa y hora de registro.

No se tomará en cuenta la propuesta de cualquier **PARTICIPANTE** que no se haya registrado en tiempo y forma.

**EL SOBRE QUE INTEGRA LA PROPUESTA TÉCNICA y ECONÓMICA deberá contener la documentación siguiente** **impresa en papel membretado de la empresa y FIRMADO CADA ANEXO POR EL REPRESENTANTE LEGAL de manera OBLIGATORIA:**

1. **Anexo 2.** (Propuesta Técnica).
2. **Anexo 3.** (Propuesta económica)
3. **Anexo 4.** (Carta de Proposición).
   1. Manifiesto libre bajo protesta de decir verdad de contar con la capacidad administrativa, fiscal, financiera, legal, técnica y profesional para atender el requerimiento en las condiciones solicitadas.
4. **Anexo 5.** (Acreditación) o documentos que lo acredite.
   1. Presentar copia vigente del RUPC (en caso de contar con él).
   2. Presentar copia simple legible del pago del impuesto estatal sobre erogaciones por remuneraciones al trabajo de máximo 60 días de antigüedad (impuesto del 2% sobre nómina), y original para su cotejo
   3. Tratándose de personas jurídicas, deberá presentar, además:
      1. Original o copia certificada solo para cotejo (se devolverá al término del acto) ycopia simple legible de la escritura constitutiva de la sociedad, y en su caso, de las actas donde conste en su caso, la prórroga de la duración de la sociedad, último aumento o reducción de su capital social; el cambio de su objeto de la sociedad, la transformación o fusión de la sociedad; de conformidad con lo señalado en los artículos 182 y 194 de la Ley General de Sociedades Mercantiles.
      2. Original o copia certificada solo para cotejo (se devolverá al término del acto) y copia simple legible del poder notarial o instrumento correspondiente del representante legal, en el que se le otorguen facultades para actos de administración; tratándose de Poderes Especiales, se deberá señalar en forma específica la facultad para participar en licitaciones o firmar contratos con el Gobierno.

Los documentos referidos en los numerales A y B deben estar inscritos en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, cuando proceda, en términos del artículo 21 del Código de Comercio.

* + 1. Original o copia certificada solo para cotejo (se devolverá al término del Acto) y copia simple y ordenada (Asambleas Extraordinarias, etc.) de la documentación con la que acredite la personería jurídica de su Representante.
    2. Copia simple de Constancia de Situación Fiscal con fecha de emisión no mayor a 30 días naturales de antigüedad a la fecha del acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES.**
    3. Copia simple del comprobante de domicilio de los **PARTICIPANTES**, no mayor a 2 meses de antigüedad a la fecha del acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES** a nombre de la razón social del **PARTICIPANTE.**
    4. Declaración Anual del ISR completa del ejercicio fiscal del año 2020, con sus anexos y acuse.
  1. Tratándose de personas físicas, deberá presentar, además:
     1. Original de acta de nacimiento, misma que se quedará en el expediente.
     2. Copia simple de Constancia de Situación Fiscal con fecha de emisión no mayor a 30 días naturales de antigüedad a la fecha del acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES.**
     3. Copia simple del comprobante de domicilio de los **PARTICIPANTES**, no mayor a 2 meses de antigüedad a la fecha acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES**, a nombre del **PARTICIPANTE**.
     4. Última declaración del ISR completa del ejercicio fiscal del año 2020, en donde se observe el ingreso acumulado del ejercicio fiscal en comento.

1. **Anexo 6.** (Declaración de Integridad y NO COLUSIÓN de proveedores).
2. **Anexo 7.** Escrito de no conflicto de interés y de no inhabilitación.
3. **Anexo 8.** (Estratificación) Obligatorio solo para **PARTICIPANTES** MIPYME.
4. **Anexo 9.** Copia legible del documento de Cumplimiento de sus Obligaciones Fiscales emitida en sentido positivo emitido por el SAT, conforme al código fiscal de la federación y las reglas de la resolución miscelánea fiscal para el 2021, con fecha de emisión no mayor a 30 días naturales de antigüedad a la fecha acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES**, a nombre del **PARTICIPANTE**.
5. **Anexo 10.** Copia legible de Opinión de Cumplimiento de Obligaciones en Materia de Seguridad Social con fecha de emisión no mayor a 30 días naturales de antigüedad a la fecha acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES**, a nombre del **PARTICIPANTE**.
6. **Anexo 11.** El **PARTICIPANTE** deberá presentar original o copia certificada de su Identificación Oficial Vigente, dentro del sobre que contenga las propuesta técnica y económica, para su cotejo (se devolverá al término del acto) y copia simple legible.
7. **Anexo 12.** Manual y/o catálogos del bien o insumo, en el que señale la página específica en la que se haga referencia a cada característica establecida en la ficha técnica Anexo 1. Carta de requerimientos técnicos.
8. **Anexo 13.** Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. En caso de no aplicar deberá de adjuntar carta de justificación en la que se mencione que los bienes que oferta están relacionados en listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario, asimismo adjuntará copia del acuerdo publicado en el DOF el 22 de diciembre del 2014, señalando el bien de que se trate. **(Aplica para equipo e instrumental médico, de origen nacional).**
9. **Anexo 14.** Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente **(Aplica todas las partidas).**
10. **Anexo 15.** Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado **(Aplica para equipo e instrumental médico de origen extranjero).**
11. **Anexo 16.** Certificados de calidad al menos uno: CE, JIS, FDA **(Aplica para equipo e instrumental médico de origen extranjero).**
12. **Anexo 17.** Registro Sanitario Expedido por COFEPRIS. En caso de no aplicar deberá de adjuntar carta de justificación en la que se mencione que los bienes que oferta están relacionados en listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario, asimismo adjuntará copia del acuerdo publicado en el DOF el 22 de diciembre del 2014, señalando el bien de que se trate. **(Aplica para equipo e instrumental médico)**
13. **Anexo 18.** Manifiesto bajo protesta de decir verdad que los equipos ofertados, SON NUEVOS, que no han sido remanufacturados o reacondicionados, reconstruido o se hayan utilizado como demostración.
14. **Anexo 20**. Formato libre a través del cual el proveedor se comprometa a entregar la garantía de cumplimiento, señalada en el punto 22 de conformidad con lo establecido en el **Anexo 19**.
15. **Anexo 21.** Declaración de Aportación Cinco al Millar para el Fondo Impulso Jalisco.

**LA FALTA DE CUALQUIERA DE LOS DOCUMENTOS ANTERIORMENTE DESCRITOS SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO, ASI MISMO EL ERROR EN SU PRESENTACIÓN, LAS INCONSISTENCIAS O DISCREPANCIAS EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LOS ESCRITOS, ASI COMO SU OMISIÓN PARCIAL O TOTAL DE LA PROPUESTA DEL PARTICIPANTE.**

* + 1. **Este acto se llevará de la siguiente manera:**

1. A este acto deberá asistir un Representante de la empresa y presentar con firma autógrafa el **Manifiesto de Personalidad** adjunto a estas **BASES**, así como una copia de su Identificación Oficial vigente (pasaporte, credencial para votar con fotografía, cédula profesional o cartilla del servicio militar);
2. Los **PARTICIPANTES** que concurran al acto firmarán un registro para dejar constancia de su asistencia.
3. Los **PARTICIPANTES** registrados entregarán su propuesta en sobre cerrado en forma inviolable;
4. En el momento en que se indique, los **PARTICIPANTES** ingresarán a la sala, llevándose a cabo la declaración oficial del inicio del acto;
5. Se mencionará los **PARTICIPANTES** presentes;
6. Se procederá a la apertura del sobre con las **PROPUESTAS**, verificando la documentación solicitada en el numeral 9 de las presentes **BASES**, sin que ello implique la evaluación de su contenido;
7. Los **PARTICIPANTES** darán lectura al total de su oferta económica I.V.A. incluido;
8. Cuando menos uno de los integrantes del **COMITÉ** asistentes y uno de los **PARTICIPANTES** presentes (primero o el último de la hoja de registro, cuando aplique), rubricaran la primera hoja de los documentos solicitados en el numeral 9 de estas **BASES**;
9. Todos los documentos presentados se integrarán al expediente del proceso y quedarán en poder del **CONVOCANTE** para su análisis, constancia de los actos y posterior **FALLO**;

Si por cualquier causa el **COMITÉ** no cuente con quorum legal para sesionar en la fecha establecida para el acto de presentación y apertura de propuestas, o se deba suspender la sesión por causas justificadas, se solicitará a los **PARTICIPANTES** que hayan comparecido que procedan al registro y a entrega de los sobres con sus propuestas, firmándose estos en su presencia por al menos dos miembros del **COMITÉ**, quedando a resguardo del Secretario del **COMITÉ** junto con la lista de asistencia, bajo su más estricta responsabilidad, y hasta el momento de su apertura, debiéndose proceder a la apertura de los sobres en la Sesión inmediata siguiente, para lo cual se notificará a los **PARTICIPANTES** el día y hora en que se celebrará.

* 1. **Criterios para la evaluación de las propuestas y la adjudicación.**

El Presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, será adjudicado a uno o varios **PARTICIPANTES**, por partida.

Para la evaluación se procederá conforme a lo señalado en el apartado 2 del Artículo 66 de la **LEY**, en los Procedimientos de Licitación Pública y en el artículo 69 de su **REGLAMENTO**, en donde se aceptarán las ofertas que cumplan con los requerimientos establecidos en este procedimiento y cubran las características técnicas establecidas en el Anexo 1 (Carta de Requerimientos Técnicos).

Se establece como criterio de evaluación el **BINARIO,** mediante el cual sólo se Adjudica a quien cumpla con los requisitos establecidos por el **CONVOCANTE** (PROPUESTA TÉCNICA) y oferte el precio más bajo (PROPUESTA ECONÓMICA), considerando los criterios establecidos en la propia **LEY**, en este supuesto, el **CONVOCANTE** evaluará al menos las dos **PROPUESTAS** cuyo precio resulte ser más bajo, de no resultar estas solventes, se evaluarán las que les sigan en precio. Para lo cual será indispensable cumplir con los requisitos especificados en el **Anexo 1** (Carta de Requerimientos Técnicos).

**9.2.1 CRITERIOS DE PREFERENCIA, EMPATE Y PRECIOS NO CONVENIENTE**

De acuerdo con el apartado 1 del artículo 68 de la **LEY**, el **ORGANISMO** o el **COMITÉ**, según sea el caso, podrán distribuir la adjudicación de los bienes o servicios entre los proveedoresempatados, bajo los criterios señalados en el apartado 2 del artículo 49 y 68 de la **LEY** y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 70 de su **REGLAMENTO**.

Para aplicar los criterios de preferencia señalados en el artículo 49 de la **LEY**, la diferencia de precios deberá analizarse respecto de las mismas partidas en cada una de las proposiciones, y no por el total de estas.

Para determinar el precio **no conveniente** o **no aceptable** se aplicará lo establecido en el artículo 69 apartado 1, fracción III de la **LEY**, en relación con su correlativo 69, segundo párrafo de su **REGLAMENTO.**

1. **ACLARACIÓN DE LAS PROPUESTAS.**

El Director de Recursos Materiales o el funcionario que éste designe, podrá solicitar aclaraciones relacionadas con las propuestas, a cualquier **PARTICIPANTE** por el medio que disponga, con fundamento en lo previsto en el artículo 69 apartado 6 de la **LEY**.

1. **COMUNICACIÓN.**

Salvo lo dispuesto en el párrafo que antecede, desde la apertura de las propuestas y hasta el momento de la notificación de la adjudicación, los **PARTICIPANTES** no se podrán poner en contacto con el **CONVOCANTE**, para tratar cualquier aspecto relativo a la evaluación de su propuesta. Cualquier intento por parte de un **PARTICIPANTE** de ejercer influencia sobre el **CONVOCANTE** para la evaluación o adjudicación, dará lugar a que se deseche su **PROPUESTA**.

1. **DESECHAMIENTO DE PROPUESTAS DE LOS PARTICIPANTES.**

El **CONVOCANTE** en aras de la evaluación técnica, a través del **COMITÉ**, desechará total o parcialmente las propuestas de los **PARTICIPANTES** que incurran en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Se encuentren en alguno de los casos previstos por el Artículo 52 de la **LEY**, o se compruebe su incumplimiento o mala calidad como **PROVEEDOR** del Gobierno del Estado, y las sanciones aplicadas con motivo de su incumplimiento se encuentren en vigor.
2. Si incumple con cualquiera de los requisitos solicitados en las presentes **BASES** y sus anexos.
3. Si un socio o administrador forma parte de dos o más de las empresas **PARTICIPANTES**, o forma parte de alguna empresa a la que se le haya cancelado o suspendido el registro en el Padrón.
4. Cuando la propuesta presentada no esté firmada por la persona legalmente facultada para ello.
5. La falta de cualquier documento solicitado.
6. La presentación de datos falsos.
7. Cuando de diversos elementos se advierta la posible existencia de arreglo entre los **PARTICIPANTES** para elevar los precios objeto del presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.
8. Si se acredita que al **PARTICIPANTE** que corresponda se le hubieren rescindido uno o más contratos por causas imputables al mismo y/o las sanciones aplicadas con motivo de incumplimiento se encuentren en vigor.
9. Si el **PARTICIPANTE** no demuestra tener capacidad administrativa, fiscal, financiera, legal, técnica, de producción o distribución adecuada para atender el requerimiento de los servicios en las condiciones solicitadas.
10. Si las ofertas presentadas no se realizan con estricto apego a las necesidades mínimas planteadas por el **CONVOCANTE** en las presentes **BASES** de acuerdo con la descripción de las especificaciones y servicios requeridos.
11. Cuando el **PARTICIPANTE** seniegue a que le practiquen visitas de verificación o inspección por parte del **CONVOCANTE,** en caso de que ésta decida realizar visitas.
12. Cuando las propuestas presentadas sean superiores al presupuesto asignado.
13. **SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN.**

El **CONVOCANTE** a través del **COMITÉ**, podrá cancelar o suspender parcial o totalmente el **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, de acuerdo con las causales que se describen en el apartado 3 del artículo 71 de la **LEY** y en el artículo, 74, 75 y 76 de su Reglamento o los supuestos que a continuación se señalan:

1. Por caso fortuito o fuerza mayor o cuando ocurran razones de interés general.
2. Cuando se advierta que las **BASES** difieren de las especificaciones de los servicios que se pretenden adquirir.
3. Si se presume o acredita la existencia de irregularidades.
4. Si ninguna de las ofertas propuestas en este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, aseguran al Gobierno del Estado de Jalisco las mejores condiciones disponibles para la adjudicación de los servicios materia de este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, por resultar superiores a los del mercado o ser inferiores a tal grado que el **CONVOCANTE** presuma que ninguno de los **PARTICIPANTES** podrá cumplir con el suministro de estos.
5. Por orden escrita debidamente fundada y motivada o por resolución firme de autoridad judicial; por la **CONTRALORÍA** con motivo de inconformidades; así como por la **DIRECCIÓN**, en los casos en que tenga conocimiento de alguna irregularidad.

En caso de que el **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** sea suspendido o cancelado se avisará a todos los **PARTICIPANTES**.

1. **DECLARACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN DESIERTO.**

El **CONVOCANTE** a través del **COMITÉ**, podrá declarar parcial o totalmente desierto el **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** de conformidad con el artículo 71, apartado 1 de la **“LEY”** o los supuestos que a continuación se señalan:

1. Cuando no se reciba ninguna propuesta en el acto de presentación y apertura de propuestas.
2. Cuando ninguna de las propuestas cumpla con todos los requisitos solicitados en estas **BASES**.
3. Si a criterio de la Dirección de Recursos Materiales ninguna de las propuestas cubre los elementos que garanticen al **GOBIERNO DEL ESTADO** las mejores condiciones.
4. Si la oferta del Participante que pudiera ser objeto de adjudicación excede el presupuesto autorizado para este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.
5. Si después de efectuada la evaluación técnica y económica no sea posible adjudicar a ningún Participante.
6. **NOTIFICACIÓN DEL FALLO O RESOLUCIÓN.**

Será dentro de los veinte días naturales siguientes al acto de presentación y apertura de propuestas, de acuerdo con lo establecido en el apartado 1 del artículo 69 de la **LEY**, se dará a conocer la resolución del presente procedimiento en el **ORGANISMO** ubicado en la calle Dr. Baeza Alzaga # 107, Col. Centro, del Municipio de Guadalajara, Jalisco, donde se les entregará una copia de este. Además, a través de la página web del ente.

Se fijará un ejemplar del acta de fallo en los estrados del **ORGANISMO** durante un periodo mínimo de 10 días naturales, siendo de la exclusiva responsabilidad del **PROVEEDOR** el acudir a enterarse de su contenido.

La **UNIDAD CENTRALIZADA DE COMPRAS** hará de conocimiento al **PROVEEDOR** la resolución del **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, por medio de correo institucional, al correo que se proporcione para notificaciones mediante anexo 4 **CARTA DE PROPOSICIÓN** en el **ACTO DE PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES.**

La notificación del **FALLO** o **RESOLUCIÓN** podrá diferirse o anticiparse en los términos del artículo 65 fracción III de la **LEY**.

Con la notificación del **FALLO** o **RESOLUCIÓN** por el que se adjudica el **CONTRATO**, las obligaciones derivadas de éste serán exigibles de conformidad al artículo 77 apartado 1 de la **LEY**.

1. **FACULTADES DEL COMITÉ**

El **COMITÉ** resolverá cualquier situación no prevista en estas **BASES** y tendrá las siguientes facultades:

1. Dispensar defectos de las propuestas, cuya importancia en sí no sea relevante, siempre que exista la presunción de que el **PARTICIPANTE** no obró de mala fe.
2. Rechazar propuestas cuyo importe sea de tal forma inferior, que la **CONVOCANTE** considere que el **PARTICIPANTE** no podrá prestar los servicios, por lo que incurrirá en incumplimiento.
3. Si al revisar las propuestas existiera error aritmético y/o mecanográfico, se reconocerá el resultado correcto y el importe total será el que resulte de las correcciones realizadas.
4. Cancelar, suspender o declarar desierto el procedimiento.
5. Verificar todos los datos y documentos proporcionados en la propuesta correspondiente, y si se determina que por omisión o dolo el **PARTICIPANTE**, no estuviera en posibilidad de cumplir con lo solicitado en estas **BASES** y sus anexos, el **COMITÉ** podrá adjudicar al **PARTICIPANTE** que hubiera obtenido el segundo lugar de acuerdo con la evaluación que se practique a las propuestas presentadas o convocar a un nuevo **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** si así lo considera conveniente.
6. Solicitar el apoyo a cualquiera de las áreas técnicas del gobierno del estado, con el fin de emitir su resolución;
7. Realizar las aclaraciones pertinentes respecto a lo establecido en las presentes **BASES**; y
8. Demás descritas en el artículo 24 de la **LEY**.

De conformidad con los artículos 23, 24 y 31 de la **LEY**, las consultas, asesorías, análisis opinión, orientación y **RESOLUCIONES** que son emitidas por el **COMITÉ** de Adquisiciones son tomadas considerando única y exclusivamente la información, documentación y dictámenes que lo sustenten o fundamente y que son presentados por parte de los **LICITANTES** y Servicios Públicos a quienes corresponda, siendo de quien los presenta la responsabilidad de su revisión, acciones, veracidad, faltas u omisiones en su contenido.

1. **TESTIGOS SOCIALES**

NO APLICA

1. **FIRMA DEL CONTRATO.**

El **PARTICIPANTE** adjudicado se obliga a proporcionar la documentación que le sea requerida, además firmar el **CONTRATO** en un plazo de un día hábil contado a partir de la fecha de la notificación del **FALLO** o **RESOLUCIÓN**, conforme al numeral 15 de las presentes **BASES**. Una vez firmado en su totalidad se le proporcionará un ejemplar, previa entrega de las garantías de cumplimiento del **CONTRATO**, esto de conformidad con el artículo 76 de la **LEY**. El **CONTRATO** podrá ser modificado de acuerdo con lo establecido en los artículos 80 y 81 de la **LEY**.

El **CONTRATO** deberá suscribirse en los formatos, términos y condiciones que determine la Dirección Jurídica del **ORGANISMO**, mismo que corresponderá en todo momento a lo establecido en las presentes **BASES**, el **Anexo 1** (Carta de Requerimientos Técnicos) y la propuesta del **PROVEEDOR** adjudicado.

Si el interesado no firma el **CONTRATO** por causas imputables al mismo, el **ORGANISMO** por conducto del **COMITÉ**, sin necesidad de un nuevo procedimiento, deberá adjudicar el **CONTRATO** al **PARTICIPANTE** que haya obtenido el segundo lugar, siempre que la diferencia en precio con respecto a la proposición inicialmente adjudicada no sea superior a un margen del diez por ciento (10%). En caso de que hubiera más de un **PARTICIPANTE** que se encuentre dentro de ese margen, se les convocará a una nueva sesión en donde podrán mejorar su oferta económica y se adjudicará a quien presente la de menor precio.

De resultar conveniente se podrá cancelar e iniciar un nuevo **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.

1. **CONTRATO DE TRACTO SUCESIVO**

NO APLICA

1. **VIGENCIA DEL CONTRATO.**

El **CONTRATO** a celebrarse con el **PARTICIPANTE** que resulte adjudicado en el presente **PROCEDIMIENTO**, tendrá una vigencia a partir de la publicación y notificación del **FALLO** y concluirá el 31 de diciembre del 2021.

Para el tiempo de entrega de los bienes objeto de esta **LICITACIÓN** el licitante deberá considerar lo establecido en el **punto 2** de la presente **CONVOCATORIA**, mismo que podrá prorrogarse conforme a lo previsto en el artículo 80 de la **LEY**.

1. **ANTICIPO.**

Para el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** no se otorgará anticipo.

1. **GARANTÍAS.**

En caso de que el monto total del **CONTRATO** incluyendo el **I.V.A**., y sea superior a **$50,000.00 M.N. (Cincuenta mil pesos 00/100 moneda nacional)**, el **PROVEEDOR** deberá entregar una garantía del 10% (diez por ciento) del monto total del **CONTRATO** con el **I.V.A.** incluido, para responder por el cumplimiento de las obligaciones establecidas en las presentes **BASES** y en el **CONTRATO** respectivo, de conformidad a la normatividad vigente. La entrega de la garantía será dentro de los 3 días hábiles posteriores a la Emisión y Publicación del **FALLO**.

La garantía deberá instrumentarse ser a través de fianza, que deberá ser expedida por afianzadora nacional y contener el texto del **Anexo 19** en las presentes **BASES** denominado TEXTO DE LA FIANZA DEL 10% DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (fianza del 10% del cumplimiento del **CONTRATO**) a favor del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, previsto en el artículo 76 fracción IX y 84 de la **LEY**. Dichas garantías deberán constituirse en Moneda Nacional y estarán en vigor a partir de la fecha del **CONTRATO**, pudiendo ser exigibles en cualquier tiempo, en la cual, la Compañía Afianzadora se deberá sujetar a la Competencia de los Tribunales del Primer Partido Judicial del Estado de Jalisco, así como aceptar el afianzamiento en caso de que se otorgue alguna prórroga a su fiado, o se celebre acuerdo modificatorio al **CONTRATO** principal con éste, sin necesidad de que se notifique a la afianzadora las prórrogas que en su caso se otorguen al fiado.

1. **SANCIONES.**

**Se podrá cancelar el CONTRATO y podrá hacerse efectiva la garantía de cumplimiento de CONTRATO en lo dispuesto en el artículo 116 de la LEY, en los siguientes casos:**

1. Cuando el **PROVEEDOR** no cumpla con alguna de las obligaciones estipuladas en el **CONTRATO**.
2. Cuando hubiese transcurrido el plazo adicional que se concede a los **PROVEEDORES**, para corregir las causas de rechazos que en su caso se efectúen.
3. En caso de entregar productos o servicios con especificaciones diferentes a las ofertadas, el **ORGANISMO** considerará estas variaciones como un acto doloso y será razón suficiente para hacer efectiva la garantía de cumplimiento de **CONTRATO** y la cancelación total del pedido y/o **CONTRATO**, aun cuando el incumplimiento sea parcial e independientemente de los procedimientos legales que se originen.
4. En caso de rescisión del **CONTRATO** por parte del **ORGANISMO** por cualquiera de las causas previstas en las presentes **BASES** o en el **CONTRATO**.
5. **DE LA PENALIZACIÓN POR ATRASO EN LA ENTREGA.**

En caso de que el **PROVEEDOR** tenga atraso en la entrega de los servicios por cualquier causa que no sea derivada del **ORGANISMO**, se le aplicará una pena convencional de conformidad a la siguiente tabla:

|  |  |
| --- | --- |
| **DÍAS DE ATRASO** | **% DE LA SANCIÓN SOBRE EL MONTO DE LA PARCIALIDAD/TOTAL** |
| **(NATURALES)** |
| **De 01 uno hasta 05 cinco** | 3% tres por ciento |
| **De 06 seis hasta 10 diez** | 6% seis por ciento |
| **De 11 diez hasta 20 veinte** | 10% diez por ciento |
| **De 21 veintiún días de atraso en adelante** | **Se rescindirá el “CONTRATO” a criterio de la “ORGANISMO”** |

1. **DEL RECHAZO Y DEVOLUCIONES.**

En caso de que el servicio prestado por el **PROVEEDOR** sea falto de calidad en general, no se presente con elementos capacitados, o no cumpla con las diferentes especificaciones solicitadas, el **ORGANISMO** podrá rechazarlos, en caso de haberse realizado el pago, el **PROVEEDOR** se obliga devolver las cantidades pagadas con los intereses correspondientes, aplicando una tasa equivalente al interés legal sobre el monto a devolver, lo anterior sin perjuicio de que se pueda hacer efectiva la garantía señalada en el numeral 22 de las presentes **BASES,** y ejercerse las acciones correspondientes por daños y perjuicios.

1. **DE LA OPINIÓN POSITIVA DE LA OBLIGACIONES FISCALES (SAT).**

El **PARTICIPANTE** deberá presentar el documento actualizado donde el Servicio de Administración Tributaria (SAT) emita una opinión **positiva** de cumplimiento de obligaciones fiscales, la cual podrá obtenerse por Internet en la página del SAT, en la opción “Mi portal”, con la Clave de Identificación Electrónica Fortalecida.

Lo anterior, se solicita de conformidad con los términos de la disposición 2.1.39. de la resolución Miscelánea Fiscal para 2021, publicada en el Diario Oficial de la Federación.

Dicho documento se deberá presentar en sentido positivo y será verificado el código QR contenido en el documento, para lo cual el **PARTICIPANTE** deberá cerciorarse de que la impresión de este sea legible para llevar a cabo la verificación.

Las inconsistencias en este punto serán motivo de desechamiento de la **PROPUESTA** del **PARTICIPANTE**.

1. **DE LA OPINIÓN POSITIVA DE LAS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS).**

El **PARTICIPANTE** deberá presentar la opinión del cumplimiento de obligaciones en materia de Seguridad Social, o en su caso deberá presentar el documento del cual se desprenda que no cuenta con trabajadores dados de alta, en cualquier caso, el documento deberá ser emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las inconsistencias en este punto serán motivo de desechamiento de la **PROPUESTA** del **PARTICIPANTE**.

1. **INCONFORMIDADES.**

Se dará curso al procedimiento de inconformidad conforme a lo establecido por los artículos 91 y 92 de la **LEY**.

1. **DERECHOS DE LOS LICITANTES Y “PROVEEDORES”.**

1. Inconformarse en contra de los actos de la **LICITACIÓN**, su cancelación y la falta de formalización del **CONTRATO** en términos de los artículos 90 a 109 de la **LEY**;
2. Tener acceso a la información relacionada con la **CONVOCATORIA**, igualdad de condiciones para todos los interesados en participar y que no sean establecidos requisitos que tengan por objeto o efecto limitar el proceso de competencia y libre concurrencia.
3. Derecho al pago en los términos pactados en el **CONTRATO**, o cuando no se establezcan plazos específicos dentro de los veinte días naturales siguientes a partir de la entrega de la factura respectiva, previa entrega de los bienes o prestación de los servicios en los términos del **CONTRATO** de conformidad con el artículo 87 de la **LEY**;
4. Solicitar el procedimiento de conciliación ante cualquier diferencia derivada del cumplimiento del **CONTRATO** o pedidos en términos de los artículos 110 a 112 de la **LEY**;
5. Denunciar cualquier irregularidad o queja derivada del procedimiento ante el órgano correspondiente.

**Guadalajara, Jalisco; 04 de mayo del año 2021.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**RELACIÓN DE ANEXOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE CONTENDRÁ LA OFERTA A PRESENTAR EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA** | **Punto de referencia 9** | **Entrega** | |
| **Si** | **No** |
| **Anexo 2. (Propuesta Técnica).** | **a.** |  |  |
| **Anexo 3. (Propuesta Económica).** | **b.** |  |  |
| **Anexo 4. (Carta de Proposición).**   * 1. Manifiesto libre bajo protesta de decir verdad de contar con la capacidad administrativa, fiscal, financiera, legal, técnica y profesional para atender el requerimiento en las condiciones solicitadas. | **c.** |  |  |
| **Anexo 5.** (Acreditación) o documentos que lo acredite.   * 1. Presentar copia vigente del RUPC (en caso de contar con él).   2. Presentar copia simple legible del pago del impuesto estatal sobre erogaciones por remuneraciones al trabajo de máximo 60 días de antigüedad (impuesto del 2% sobre nómina), y original para su cotejo.   3. Tratándose de personas jurídicas, deberá presentar, además:      1. Original o copia certificada solo para cotejo (se devolverá al término del acto) ycopia simple legible de la escritura constitutiva de la sociedad, y en su caso, de las actas donde conste en su caso, la prórroga de la duración de la sociedad, último aumento o reducción de su capital social; el cambio de su objeto de la sociedad, la transformación o fusión de la sociedad; de conformidad con lo señalado en los artículos 182 y 194 de la Ley General de Sociedades Mercantiles.      2. Original o copia certificada solo para cotejo (se devolverá al término del acto) y copia simple legible del poder notarial o instrumento correspondiente del representante legal, en el que se le otorguen facultades para actos de administración; tratándose de Poderes Especiales, se deberá señalar en forma específica la facultad para participar en licitaciones o firmar contratos con el Gobierno.   Los documentos referidos en los numerales A y B deben estar inscritos en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, cuando proceda, en términos del artículo 21 del Código de Comercio.   * + 1. Original o copia certificada solo para cotejo (se devolverá al término del Acto) y copia simple y ordenada (Asambleas Extraordinarias, etc.) de la documentación con la que acredite la personería jurídica de su Representante.     2. Copia simple de Constancia de Situación Fiscal con fecha de emisión no mayor a 30 dias naturales de antigüedad a la fecha del acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES.**     3. Copia simple del comprobante de domicilio de los **PARTICIPANTES**, no mayor a 2 meses de antigüedad a la fecha del acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES** a nombre de la razón social del **PARTICIPANTE.**     4. Declaración Anual del ISR completa del ejercicio fiscal del año 2020, con sus anexos y acuse.   1. Tratándose de personas físicas, deberá presentar, además:      1. Original de acta de nacimiento, misma que se quedará en el expediente.      2. Copia simple de Constancia de Situación Fiscal con fecha de emisión no mayor a 30 dias naturales de antigüedad a la fecha del acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES.**      3. Copia simple del comprobante de domicilio de los **PARTICIPANTES**, no mayor a 2 meses de antigüedad a la fecha acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES**, a nombre del **PARTICIPANTE**.      4. Última declaración del ISR completa del ejercicio fiscal del año 2020, en donde se observe el ingreso acumulado del ejercicio fiscal en comento. | **d.** |  |  |
| **Anexo 6.** (Declaración de integridad y NO COLUSIÓN de proveedores). | **e.** |  |  |
| **Anexo 7.** Escrito de no conflicto de interés y de no inhabilitación. | **f.** |  |  |
| **Anexo 8.** (Estratificación) Obligatorio para **PARTICIPANTES** MYPIMES**.** | **g.** |  |  |
| **Anexo 9.** Copia legible del documento de Cumplimiento de sus Obligaciones Fiscales emitida en sentido positivo emitido por el SAT, conforme al código fiscal de la federación y las reglas de la resolución miscelánea fiscal para el 2021, con fecha de emisión no mayor a 30 dias naturales de antigüedad a la fecha acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES**, a nombre del **PARTICIPANTE** | **h.** |  |  |
| **Anexo 10.** Copia legible de Opinión de Cumplimiento de Obligaciones en Materia de Seguridad Social con fecha de emisión no mayor a 30 días naturales de antigüedad a la fecha acto de **PRESENTACION Y APERTURA DE PROPOSICIONES**, a nombre del **PARTICIPANTE**. | **i.** |  |  |
| **Anexo 11.** El **PARTICIPANTE** deberá presentar original o copia certificada de su Identificación Oficial Vigente, dentro del sobre que contenga las propuesta técnica y económica, para su cotejo (se devolverá al término del acto) y copia simple legible. | **j.** |  |  |
| **Anexo 12.** Manual y/o catálogos del bien o insumo, en el que señale la página específica en la que se haga referencia a cada característica establecida en la ficha técnica Anexo 1. Carta de requerimientos técnicos. | **k.** |  |  |
| **Anexo 13.** Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. En caso de no aplicar deberá de adjuntar carta de justificación en la que se mencione que los bienes que oferta están relacionados en listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario, asimismo adjuntará copia del acuerdo publicado en el DOF el 22 de diciembre del 2014, señalando el bien de que se trate. **(Aplica para equipo e instrumental médico, de origen nacional).** | **l.** |  |  |
| **Anexo 14.** Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente **(Aplica todas las partidas).** | **m.** |  |  |
| **Anexo 15.** Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado **(Aplica para equipo e instrumental médico de origen extranjero).** | **n.** |  |  |
| **Anexo 16.** Certificados de calidad al menos uno: CE, JIS, FDA **(Aplica para equipo e instrumental médico de origen extranjero).** | **o.** |  |  |
| **Anexo 17.** Registro Sanitario Expedido por COFEPRIS. En caso de no aplicar deberá de adjuntar carta de justificación en la que se mencione que los bienes que oferta están relacionados en listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario, asimismo adjuntará copia del acuerdo publicado en el DOF el 22 de diciembre del 2014, señalando el bien de que se trate. **(Aplica para equipo e instrumental médico).** | **p.** |  |  |
| **Anexo 18.** Manifiesto bajo protesta de decir verdad que los equipos ofertados, SON NUEVOS, que no han sido remanufacturados o reacondicionados, reconstruido o se hayan utilizado como demostración. | **q.** |  |  |
| **Anexo 20.** Formato libre a través del cual el proveedor se comprometa a entregar la garantía de cumplimiento, señalada en el punto 22 de conformidad con lo establecido en el **Anexo 19**. | **r.** |  |  |
| **Anexo 21.** Declaración de Aportación Cinco al Millar para el Fondo Impulso Jalisco. | **s.** |  |  |

**SOLICITUD DE ACLARACIONES**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTAS ACLARATORIAS** | |
| 1 | La convocatoria no estará a discusión en la junta de aclaraciones, ya que el objetivo de esta es EXCLUSIVAMENTE la aclaración de las dudas formuladas en este documento. |
| 2 | Solo se considerarán las solicitudes recibidas en tiempo y forma, conforme a las características del numeral 5 de la convocatoria. |
| 3 | Para facilitar la respuesta de sus preguntas deberá de presentarlas **en formato digital en Word.** |
| De conformidad al artículo 63 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios y artículo 64 de su Reglamento, en mi calidad de persona física/representante legal de la empresa, **manifiesto** **bajo protesta de decir verdad** lo siguiente: **Es mi interés en participar en la LICITACION PUBLICA LOCAL LCCC-022-2021**  Licitante: | |
| Dirección:  Teléfono:  Correo:  No. De **“PROVEEDOR”**:  (Nota: En caso de no contar con él, manifestar bajo protesta de decir verdad que se compromete a inscribirse en el RUPC en caso de resultar adjudicado)  Firma: | |

| Denominación Licitante | Partida y/o Punto de Convocatoria | PREGUNTA |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

Declaro bajo protesta de decir verdad, que cuento con las facultades suficientes para intervenir en el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones y presentar la propuesta en sobre cerrado (*a nombre propio/a nombre de mi representada*) en mi carácter de (*persona física/representante legal/apoderado*) asimismo, manifiesto que (*no me encuentro/mi representada no se encuentra*) en ninguno de los supuestos establecidos en el artículo 52 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios.

La presentación de este documento es de carácter **obligatorio**. Sin él no se podrá participar ni entregar propuesta alguna ante la **UNIDAD CENTRALIZADA DE COMPRAS**, de conformidad con el artículo 59, numeral 1 párrafos VI y VIII de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios.

**Nota:** *en caso de no ser el representante legal, este documento fungirá como Carta Poder simple, por lo que la figura de la persona que asista será la de “Apoderado”, y en cuyo caso, este documento deberá ser firmado también por el Representante Legal.*

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Participante

o Representante Legal del mismo.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien recibe el poder

**ANEXO 1. CARTA DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

| **PARTIDA** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **UNIDAD DE MEDIDA** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Aspirador gástrico para succión continua e intermitente | 7 | PIEZA |
| 2 | Báscula electrónica con estadímetro | 11 | PIEZA |
| 3 | Báscula electrónica (pesapañales) | 1 | PIEZA |
| 4 | Báscula Para Bebé | 1 | PIEZA |
| 5 | Bacinete para bebé | 20 | PIEZA |
| 6 | Cama Camilla Radiotransparente | 2 | PIEZA |
| 7 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Adulto ELECTRICA | 20 | PIEZA |
| 8 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Pediátrico | 4 | PIEZA |
| 9 | Carro Camilla Para Adultos | 2 | PIEZA |
| 10 | Cama Trabajo De Parto | 1 | PIEZA |
| 11 | Cardiotocógrafo | 1 | PIEZA |
| 12 | Carro Camilla Para Recuperación | 7 | PIEZA |
| 13 | Carro Para Curaciones | 2 | PIEZA |
| 14 | Carro Rojo Con Equipo completo para Reanimación, Desfibrilador-Monitor- Marcapaso | 5 | PIEZA |
| 15 | Cirugía General De Pediatría, Set De | 1 | PIEZA |
| 16 | Cubeta De 12 Litros (Acero Inoxidable) | 19 | PIEZA |
| 17 | Cuna de calor radiante para cuidados intensivos con fototerapia | 2 | PIEZA |
| 18 | Electrocardiógrafo multicanal con interpretación | 2 | PIEZA |
| 19 | Equipo de ultrasonido para estudios generales | 2 | PIEZA |
| 20 | Esfigmomanómetro aneroide de pared | 7 | PIEZA |
| 21 | Esfigmomanómetro aneroide portátil | 7 | PIEZA |
| 22 | Esterilizador De Vapor Autogenerado | 2 | PIEZA |
| 23 | Estetoscopio de cápsula doble | 13 | PIEZA |
| 24 | Estetoscopio de pinard | 1 | PIEZA |
| 25 | Estuche de diagnóstico completo | 11 | PIEZA |
| 26 | Flujómetro de pared | 10 | PIEZA |
| 27 | Fonodetector portátil de latidos fetales | 12 | PIEZA |
| 28 | Glucómetro | 4 | PIEZA |
| 29 | Incubadora Para Controles Biológicos De La Esterilización Con Vapor | 1 | PIEZA |
| 30 | Incubadora para recién nacido | 4 | PIEZA |
| 31 | Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica | 9 | PIEZA |
| 32 | Lámpara Obstétrica. | 2 | PIEZA |
| 33 | Lámpara Quirúrgica Portátil Para Emergencia | 2 | PIEZA |
| 34 | Lámpara Quirúrgica Sencilla De Operación Manual | 2 | PIEZA |
| 35 | Laringoscopio | 1 | PIEZA |
| 36 | Lavadora, Descontaminadora De Alta Frecuencia, De Instrumental Y Utensilios (Con Accesorios) | 2 | PIEZA |
| 37 | Máquina de anestesia intermedia | 3 | PIEZA |
| 38 | Mesa Alta De 120 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 1 | PIEZA |
| 39 | Mesa Alta De 180 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 3 | PIEZA |
| 40 | Mesa Carro Anestesiólogo | 1 | PIEZA |
| 41 | Mesa De 150 Cm. Para Atención A Recién Nacidos | 1 | PIEZA |
| 42 | Mesa De 180 Cm. Para Ensamble Con Repisa Intermedia | 1 | PIEZA |
| 43 | Mesa de exploración con pierneras | 5 | PIEZA |
| 44 | Mesa de Mayo o similar | 5 | PIEZA |
| 45 | Mesa Para Exploración Ginecológica | 1 | PIEZA |
| 46 | Mesa Para Exploración Universal | 2 | PIEZA |
| 47 | Mesa Para Instrumental Quirúrgico | 1 | PIEZA |
| 48 | Mesa Pasteur | 6 | PIEZA |
| 49 | Mesa Puente | 3 | PIEZA |
| 50 | Mesa Quirúrgica Para Obstetricia | 2 | PIEZA |
| 51 | Mesa Quirúrgica Universal Mecánico-Hidráulica Básica | 2 | PIEZA |
| 52 | Monitor De Signos Vitales (Básico) | 20 | PIEZA |
| 53 | Monitor De Signos Vitales Avanzado | 4 | PIEZA |
| 54 | Nebulizador con dosificador de oxígeno | 2 | PIEZA |
| 55 | Nebulizador ultrasónico continuo | 1 | PIEZA |
| 56 | Negatoscopio doble | 14 | PIEZA |
| 57 | Negatoscopio sencillo | 10 | PIEZA |
| 58 | Oxímetro De Pulso | 2 | PIEZA |
| 59 | Martillo Percutor | 1 | PIEZA |
| 60 | Portacubeta Rodable | 18 | PIEZA |
| 61 | Portavenoclisis Rodable | 17 | PIEZA |
| 62 | Reanimador de asistencia ventilatoria | 8 | PIEZA |
| 63 | Resucitador para recién nacidos | 1 | PIEZA |
| 64 | Set De Instrumental Para Asepsia | 2 | PIEZA |
| 65 | Set De Instrumental Para Cesárea. Ginecología | 1 | PIEZA |
| 66 | Set De Instrumental Para Cirugía General Integrada | 1 | PIEZA |
| 67 | Set De Instrumental Para Cirugía Menor. Cirugía General | 1 | PIEZA |
| 68 | Set De Instrumental Para Curación Para Hospital | 2 | PIEZA |
| 69 | Set De Instrumental Para Legrado. Ginecología | 1 | PIEZA |
| 70 | Set De Instrumental Para Parto. Ginecología | 1 | PIEZA |
| 71 | Set De Instrumental Para Retirar Puntos. Consultorios | 2 | PIEZA |
| 72 | Set De Instrumental Para Revisión Uterina | 2 | PIEZA |
| 73 | Set De Instrumental Para Sutura. Consultorios | 3 | PIEZA |
| 74 | Termómetro que permite medir la temperatura del cuerpo humano, a través del canal auditivo | 12 | PIEZA |
| 75 | Unidad De Electrocirugía De Uso General | 2 | PIEZA |
| 76 | Unidad de secado para equipo de inhaloterapia | 2 | PIEZA |
| 77 | Archivero de 4 cajones | 8 | PIEZA |
| 78 | Escritorio | 20 | PIEZA |
| 79 | Estante de 5 niveles | 16 | PIEZA |
| 80 | Silla de oficina | 38 | PIEZA |
| 81 | Silla para paciente | 28 | PIEZA |
| 82 | Sillas tándem 4 plazas | 16 | PIEZA |
| 83 | Computadora de escritorio | 14 | PIEZA |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 1**  **ASPIRADOR GÁSTRICO PARA SUCCIÓN CONTINUA E INTERMITENTE** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | 1.- Aspirador para succión continua e intermitente.  2.- Modo de operación continuo e intermitente.  3.- Funcionamiento por medio de bomba: de pistón, diafragma o vena rotatoria.  4.- Con un flujo:  4.1.- Para modo continuo 20 l/min o mayor.  4.2.- Para modo intermitente 3 l/min o mayor.  5.- Controles para:  5.1.- Encendido y apagado.  5.2.- Regulación del nivel de succión.  5.3.- Selección de succión continua o intermitente.  5.4.- Ajuste de tiempo para succión intermitente.  6.- Regulación del nivel de succión por válvula o control electrónico.  7.- Ajuste de la presión de succión  7.1.- Para modo continuo 250 mmHg o su equivalente(33 kPa, 333 mbar o 9.8 inHg) o mayor.  7.2.- Para modo intermitente 200 mmHg o su equivalente(26 kPa, 266 mbar o 7.9 inHg) o mayor.  8.- Nivel máximo de ruido 60 dB.  9.- Con al menos dos recipientes de vidrio o plástico reusables.  10.- Capacidad de cada recipiente 600 ml como mínimo.  11.- Con protección de sobre flujo y filtro hidrofóbico.  12.- Con filtro antibacterial en la salida del aire.  13.- Con carro de transporte o base rodable con sistema de freno en al menos dos ruedas.  14.- Con mangueras, conectores y adaptadores que permitan el uso inmediato del aspirador. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Recipientes de vidrio o plástico mínimo de 600 ml.  Mangueras  Conectores  Adaptadores | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  | Recipientes o bolsas desechables.  Filtros antibacterial e hidrofóbico. | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | 120 V +/- 10% a 60 Hz. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 2**  **BÁSCULA ELECTRONICA CON ESTADÍMETRO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | Equipo fijo para determinar el peso y la talla corporales, con las siguientes características:  Báscula con despliegue digital del peso en pantalla  Lectura en kilogramos  Capacidad de 200 kg.  Nivel de resolución 0.1 Kg.  Sensibilidad de 100 gr  Tara y Hold  Estadímetro de 60 a 200 cm, en aluminio anodizado o acero con escala graduada en cm o digital. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 3**  **BÁSCULA ELECTRÓNICA (PESAPAÑALES)** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | 1.- Báscula:  1.1.- Báscula electrónica.  1.2.- Base de acero inoxidable con mecanismo impermeable a líquidos.  1.3.- Despliegue digital del peso corporal en gramos y kilogramos.  1.4.- Rango de medición del peso: 0 a 5 Kg. o mayor.  1.5.- Ajuste automático a cero.  1.6.- División de 2 gramos o menor.  1.7.- Sensibilidad de 2 gramos o mayor (1 gramo).  1.8.- Indicador de batería baja.  1.9.- Mecanismo de TARA | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 4**  **BÁSCULA PARA BEBÉ** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | 1.- Báscula electrónica.  2.- Despliegue digital del peso en kilogramos y gramos.  3.- Rango de medición: 0 a 10 kilogramos mínimo.  4.- Ajuste automático a cero.  5.- División de 5 gramos o menor.  6. Sensibilidad de 5 gramos o mayor (2 gramos).  7.- Indicador de batería baja.  8.- Charola resistente al alto impacto para colocación del bebé.  9.- Funciones HOLD y TARA. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 5**  **BACINETE PARA BEBÉ** | | | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | |  | | --- | | 1. Bacinete en acrílico transparente (Cristal) de al menos 6 mm de espesor, termo formado en una sola pieza sin aristas cortantes, con orificios para drenaje y aleton perimetral de 2.5 a 3 cm de espesor para fácil maniobrabilidad. 2. Colchón con cubierta en material impermeable, lavable, antibacterial e hipoalergénico, termosellado para evitar que los líquido ingresen al interior y retardante al fuego, colchón en espuma de poliuretano inyectado de alta resistencia de al menos 20 kg/m3 de densidad y 5 a 10 cm de espesor. 3. Soportes para bacinete preferentemente en estructura tubular de acero inoxidable tipo AISI 304 calibre 20 de 1 pulgada de diámetro, o plástico inyectado de alto impacto, lavable y con tratamiento antibacterial que soporte por lo menos 15 Kg, con 2 soportes transversales para posicionar el bacinete preferentemente en alambrón de acero inoxidable AISI 304 de ¼ de pulgada soldado a la estructura. 4. Estructura rodable con freno. | | | | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | | | |
|  |  | | ~~Primer~~ | | **~~Segundo~~** | | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante | | | | | | | |
| por al menos | | | | 1 | | años. | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | |
| Certificados de calidad al menos uno: CE, JIS, FDA | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 6**  **CAMA CAMILLA RADIOTRANSPARENTE** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | * Camilla de recuperación * Que soporte un peso de 250 Kg. O mayor * Que permita dar las siguientes posiciones en forma hidráulica y/o neumática:   + Trendelenburg de 18º.   + Trendelenburg inverso de 18º.   + Sección de espalda o fowler con sistema neumático que cubra el rango de .0 a 90º como mínimo.   + Altura y descenso ajustable de 57 cm. a 90 cm. (medido de la superficie de la camilla al piso, sin colchón). * Superficie de la camilla rígida. * Dimensiones de la superficie mínimas del paciente 210 cm.de largo x 75 cm. de ancho. * Dimensiones de la camilla (con barandales arriba): longitud total de 210 cm. Ancho total en el rango de 75cm. * Camilla con barandales completos no tubulares abatibles sin incrementar las dimensiones de la camilla * Indicador de angulo en los Barandales laterales mismos que sirven como rampa de transferencia. * Parachoques perimetral de la camilla y/o en cada esquina. * Colchón de poliuretano de 8 cm de espesor de alta densidad, de una sola pieza con tecnología reductora de presión con cubierta impermeable antiestático, recubrimiento de material lavable, repelente a líquidos,retardante al fuego con sistema antideslizamiento . De la misma marca de la camilla y dimensiones acorde al modelo. * Base o compartimiento integrado de plástico ABS termoformado en la parte inferior que sirva para soporte de tanques de oxígeno tipo E y almacenamiento de pertenencias del paciente. * Con sistema de manubrios para su mejor conducción . * Ruedas de 20cm fabricadas de hule electro conductivo antiestático * Con sistema de direccionamiento para facilitar la conducción de la camilla a través de quinta rueda. * Con sistema de frenado centralizado para las cuatro ruedas. * Capacidad de colocar poste porta soluciones en las cuatro esquinas. Incluir un poste. * Cinturones de sujeción para el paciente.   Toda la base del colchon deberá ser radiolucida | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 7**  **CAMA CLÍNICA MÚLTIPLES POSICIONES PARA PACIENTE ADULTO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | **CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA DE MÚLTIPLES POSICIONES**  1.- Cama hospitalaria eléctrica de múltiples posiciones.  **DESCRIPCIÓN:**  2.- Que soporte un peso de 245 Kg como mínimo.  3.- Controles eléctricos interconstruidos o integrados en barandales, con seguro de bloqueo para paciente.  4.- Que permita dar las siguientes posiciones  4.1.- Trendelenburg de 12º como mínimo.  4.2.- Trendelenburg inverso de 12º como mínimo.  4.3.-Seccióndeespaldaofowlerconautocontorno, que cubra el rango de 0 a 65ºcomo mínimo  4.4.- Sección de rodilla que cubra el rango de 0 – 30º como mínimo.  4.5.-Altura y descenso ajustable que cubra el rango de 37cm.a 74cm. (medido de la plataforma de la cama al piso, sin colchón), como mínimo.  4.6.- Posición de reanimación cardio pulmonar (RCP).  4.7.- Posición vascular o elevación de pies.  5.- Sistema de bloqueo de los movimientos eléctricos.  6.- Indicador del ángulo del respaldo.  7.- Superficie de la cama rígida. En cuatro secciones y radiolucida en la sección de espalda  8.- Dimensiones de la superficie del paciente 200 cm. de largo x 86 cm. de ancho, como mínimo.  9.- Dimensiones de la cama +/- 5%: longitud total 230 cm. Ancho total 104 cm.  10.- Cabecera y piecera desmontables de material de alta resistencia a golpes y solventes.  11.- Barandales laterales abatibles que permitan la transferencia segura del paciente, dos barandales en sección de cabeza y dos en sección de pies.  12.- Con protectores o parachoques en las cuatro esquinas.  13.-Colchón de 12cms +/- 5% espuma viscolastica de la misma marca de la cama de espesor, de alta densidad con diseño para reducción de presión, antiestático, recubrimiento de material lavable, repelente a líquidos, retardante al fuego y con funda removible para lavado.  14.- Capacidad de colocar el poste porta soluciones en las 4 esquinas.  15.- Al menos 8 Ganchos para bolsas de recolección.  16.- Con ruedas antiestáticas o conductivas de 15 cm como mínimo. Con Ruedas duales en las cuatro esquinas  17.- Que cuente con batería de seguridad en caso de falla eléctrica para todos los movimientos.  18.- colchón para la extensión de la cama de la misma marca de la cama. Longitud con la extensión de la cama 251 cms  19.-portasueros con cuatro ganchos de 2 kg de capacidad de carga por gancho.  20.- barra de elevación para reposicionamiento del paciente con capacidad de carga de 75 kg.  21.- cesta para bolsas. Foley (metálica).  22.- motores de operación silenciosa.  23.- botón eléctrico para posición de silla ubicado en al menos en un control y/o panel de la cama.  24.- freno centralizado en las cuatro ruedas con sistema para direccionamiento y activación del freno mediante pedal en cada rueda.  **REFACCIONES:** según marca y modelo  **INSTALACION**. corriente eléctrica 120v/60 Hz  **OPERACIÓN**: por personal especializado y de acuerdo al manual de operación  **MANTENIMIENTO**: preventivo y correctivo por personal calificado  **NORMAS -CERTIFICADOS:** para producto de origen nacional: certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por la Cofepris. ISO 13485.  **PARA PRODUCTO DE ORIGEN EXTRANJERO:** que cumpla con laguna de las siguientes normas: FDA, CE,o JIS,ISO 13485 | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 8**  **CAMA CLÍNICA MÚLTIPLES POSICIONES PARA PACIENTE PEDIÁTRICO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | Características:  1.- Cama ajustable eléctricamente de dos secciones para su operación. 2.- Dimensiones máximas (+/- 5%):  2.1.- Medidas totales de 1530 largo x 860 ancho x 1450 altura (mm).  2.2.- Altura eléctrica ajustable de la superficie de la cama de 740 mm a 1020 mm.  2.3.- Superficie del colchón 1260 x 600 mm como mínimo.  2.4.- Con plataforma para el colchón de acero con cubierta plástica de alto impacto ABS.  3.- Que permita obtener las siguientes posiciones a través de control remoto alámbrico.  3.1.- Posición fowler de 0° a 72° como mínimo a través de amortiguador de aire.  3.2.- Trendelemburg eléctrico de 12° como mínimo.  3.3.- Trendelemburg inverso eléctrico de 12° como mnimo. 4.- Capacidad de carga del paciente de 70 kg como míimo. 5.- 4 Ruedas de 125 mm con  6.- Sistema de frenos independientes en las 4 ruedas.  7.- Barandales corredizos en ambos lados con sistema de seguridad que eviten bajarse accidentalmente de 70 cm de altura.  8.- Barandales fabricados acero tipo barrotes con separación de al menos 12 cm o menor.  9.- Colchón de acuerdo con las dimensiones de la cama, fabricado de espuma fría de poliuretano de densidad 30 kg/m3 con cierre y de 12 cm de grosor, lavable e hipo alergénico.  10.- Cabecera y piecera removibles de acero tipo barrote con separación de al menos 12 cm o menor.  11.- Protección antichoque en las 4 esquinas. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Poste de acero porta sueros de 3 ganchos. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Alimentac ión eléctric a grado médico con tierra física. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 9**  **CARRO CAMILLA PARA ADULTOS** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | * Camilla de recuperación * Que soporte un peso de 250 Kg. O mayor * Que permita dar las siguientes posiciones en forma hidráulica y/o neumática:   + Trendelenburg de 18º.   + Trendelenburg inverso de 18º.   + Sección de espalda o fowler con sistema neumático que cubra el rango de .0 a 90º como mínimo.   + Altura y descenso ajustable de 57 cm. a 90 cm. (medido de la superficie de la camilla al piso, sin colchón). * Superficie de la camilla rígida. * Dimensiones de la superficie mínimas del paciente 210 cm.de largo x 75 cm. de ancho. * Dimensiones de la camilla (con barandales arriba): longitud total de 210 cm. Ancho total en el rango de 75cm. * Camilla con barandales completos no tubulares abatibles sin incrementar las dimensiones de la camilla * Indicador de angulo en los Barandales laterales mismos que sirven como rampa de transferencia. * Parachoques perimetral de la camilla y/o en cada esquina. * Colchón de poliuretano de 8 cm de espesor de alta densidad, de una sola pieza con tecnología reductora de presión con cubierta impermeable antiestático, recubrimiento de material lavable, repelente a líquidos,retardante al fuego con sistema antideslizamiento . De la misma marca de la camilla y dimensiones acorde al modelo. * Base o compartimiento integrado de plástico ABS termoformado en la parte inferior que sirva para soporte de tanques de oxígeno tipo E y almacenamiento de pertenencias del paciente. * Con sistema de manubrios para su mejor conducción . * Ruedas de 20cm fabricadas de hule electro conductivo antiestático * Con sistema de direccionamiento para facilitar la conducción de la camilla a través de quinta rueda. * Con sistema de frenado centralizado para las cuatro ruedas. * Capacidad de colocar poste porta soluciones en las cuatro esquinas. Incluir un poste. * Cinturones de sujeción para el paciente.   Toda la base del colchon deberá ser radiolucida | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Poste porta soluciones fijo o de altura variable. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 10**  **CAMA TRABAJO DE PARTO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | * ESTRUCTURA FABRICADA EN TUBO DE ACERO CON REVESTIMIENTO DE EPOXY. * SISTEMA DE ELEVACIÓN, CON MECANISMO HIDRAULICO O ELECTRICO. * EXTENCIÓN DEL LECHO INTEGRADO HASTA 20 CM. * SISTEMA DE FRENO CENTRALIZADO Y SERVODIRRECCIONADO DE DIÁMETRO DE 150 MM. * INDICADOR DE PROTECCIÓN IP 66 * CLASE DE PROTECCIÓN CLASE I * GRADO DE PROTECCIÓN FRENTE A DESCARGA TIPO B * LONGITUD TOTAL 2120 MM * LONGITUD EN POSICIÓN DE SILLA 1645 MM * ANCHO CON LAS BARANDILLAS 1030 MM * ANCHO DEL SOMIER 890 MM * ALTURA DESDE EL SUELO A LA SECCIÓN DEL ASIENTO MIN 640 MM. MAX 1000 MM. * ÁNGULO DE INCLINACIÓN DEL RESPALDO 70º * INCLINACIÓN DE LA SECCIÓN DEL ASIENTO 17º * POSICIÓN DE TRENDELEMBURG 16º * POSICIÓN ANTITREN 5º * PESO MÁXIMO QUE SOPORTA 230 KG | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | * PIERNERAS. * COLCHONES. * JUEGO DE EMPUÑADURAS. * ARCO. * CUBETA. * PORTA SUEROS. * PANEL DE ENFERMERÍA | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | * ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 230/110V 50/60HZ * CONSUMO MÁXIMO 1.6A, 370 VOLT. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 11**  **CARDIOTOCÓGRAFO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | 1.- Equipo para la detección de frecuencia cardiaca fetal por ultrasonido (efecto Doppler), detección del movimiento fetal y la actividad uterina por método no invasivo.  2.- Transductores con al menos 7 cristales para la detección de la frecuencia cardiaca fetal.  3.- Un canal y transductor para la detección de la actividad uterina (tocotransductor), a prueba de agua.  4.- Dos canales y dos transductores de ultrasonido para la frecuencia cardiaca de dos fetos.  5.- Despliegue gráfico y numérico de la frecuencia cardiaca fetal en latidos/minuto con un rango de 50 o menor, a 240 o mayor.  6.- Intensidad del ultrasonido no mayor a 20 mW/cm2.  7.- Procesado de señal por autocorrelación.  8.- Rango de señal para tocotransductor de 0 -100 unidades.  9.- Ajuste de línea basal.  10.- Con control de volumen independiente para la frecuencia cardiaca cada feto.  18.- Con puerto o interfaz para computadora para colección de datos y almacenaje con una estación central, computadora personal o sistema de administración hospitalaria.  11.- Registro gráfico y numérico simultáneo de la frecuencia cardiaca fetal de dos productos.  12.- Que permita la separación, diferenciación e identificación de las trazas de los dos canales de ultrasonido.  13.- Despliegue gráfico y numérico de la actividad uterina, con registro de la detección del movimiento fetal en forma manual o automática Registro de fecha y hora como mínimo.  14.- Marcador de sucesos o eventos remoto  15.- Marcador de movimiento fetal.  16.- Alarmas audibles y visuales, de los siguientes  parámetros:  16.1.- Frecuencia cardiaca, para frecuencias altas y bajas, configurables por el usuario.  16.2.- Indicador de perdida de la señal o señal insuficiente.  16.3.- Con retardo de alarma o intervalo de tiempo para activación de alarmas.  16.4.- Alarma para indicar que los dos canales de ultrasonido registran la misma frecuencia fetal o materna.  17.- Con indicador de la calidad de la señal.  18.- Con puerto o interfaz para computadora para colección de datos y almacenaje con una estación central, computadora  20.- Con tres velocidades de registro como mínimo, dentro del rango 1 a 3 cm/min.  21.- Con función de autoprueba o auto verificación.  22.- Tres cinturones reusables para sujeción de transductores.  23.- Cumplir con la entrega de los accesorios solicitados | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | * Caja de papel térmico * Gel conductor 1 tubo * Cinturones para la sujeción de transductores * Con estimulador acústico de la misma marca o diferente al equipo propuesto pero compatible | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 12**  **CARRO CAMILLA PARA RECUPERACIÓN** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | * Camilla de recuperación * Que soporte un peso de 250 Kg. O mayor * Que permita dar las siguientes posiciones en forma hidráulica y/o neumática:   + Trendelenburg de 18º.   + Trendelenburg inverso de 18º.   + Sección de espalda o fowler con sistema neumático que cubra el rango de .0 a 90º como mínimo.   + Altura y descenso ajustable de 57 cm. a 90 cm. (medido de la superficie de la camilla al piso, sin colchón). * Superficie de la camilla rígida. * Dimensiones de la superficie mínimas del paciente 210 cm.de largo x 75 cm. de ancho. * Dimensiones de la camilla (con barandales arriba): longitud total de 210 cm. Ancho total en el rango de 75cm. * Camilla con barandales completos no tubulares abatibles sin incrementar las dimensiones de la camilla * Indicador de angulo en los Barandales laterales mismos que sirven como rampa de transferencia. * Parachoques perimetral de la camilla y/o en cada esquina. * Colchón de poliuretano de 8 cm de espesor de alta densidad, de una sola pieza con tecnología reductora de presión con cubierta impermeable antiestático, recubrimiento de material lavable, repelente a líquidos,retardante al fuego con sistema antideslizamiento . De la misma marca de la camilla y dimensiones acorde al modelo. * Base o compartimiento integrado de plástico ABS termoformado en la parte inferior que sirva para soporte de tanques de oxígeno tipo E y almacenamiento de pertenencias del paciente. * Con sistema de manubrios para su mejor conducción . * Ruedas de 20cm fabricadas de hule electro conductivo antiestático * Con sistema de direccionamiento para facilitar la conducción de la camilla a través de quinta rueda. * Con sistema de frenado centralizado para las cuatro ruedas. * Capacidad de colocar poste porta soluciones en las cuatro esquinas. Incluir un poste. * Cinturones de sujeción para el paciente.   Toda la base del colchon deberá ser radiolucida | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Poste porta soluciones fijo o de altura variable. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 13**  **CARRO PARA CURACIONES** | | | | | | | | | | |
| **Folio** |  | | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  | | | |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-Carro de curaciones con cubeta y palangana medidas aprox. 90\*82\*50 cm.  2.-Estructura de tubo redondo de 1" de diámetro acabado cromado.  3.-Cubierta y entrepaño de lámina de acero cal-22 tipo 430 acabado pulido.  4.-Aros abatibles porta bandeja y cubeta de acero de 1/8"x 1" acabado cromado.  5.-Cubierta y entrepaño de lámina de acero inoxidable cal-22 tipo 430 acabado pulido.  6.-Barandal de varilla redonda de 5/16" acabado cromado.  7.-Ruedas de hule negro con espiga lisa de bola con regaton redondo de 1" color negro.  8.-Cubeta de 12 lts de acero inoxidable y palangana de acero inoxidable medidas aproximadas.  90\*82\*50 cm. | | | | | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | | | | | Nivel de atención | | |
|  |  | | | | | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 14**  **CARRO ROJO CON EQUIPO COMPLETO PARA REANIMACIÓN,**  **DESFIBRILADOR-MONITOR- MARCAPASO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | DEFINICIÓN: Un carro rodable especialmente diseñado para realizar las maniobras de reanimación, cardioversión y desfibrilación cardiopulm onar y el monitoreo de algunos paramétros fisiológicos, que concentra equipos médicos, material de consumo y medicamentos. Incluye desfibrilador con monitoreo multiparamétrico, bolsas de reanimanción y equipo de intubación con tanque de oxígeno  DESCRIPCIÓN:  1.- Carro rojo de plástico con desfibrilador de onda bifásica con marcapasos y monitoreo multiparamétrico.  2.- Carro de Emergencia:  2.1.- De material plástico o polímero de alto impacto.  2.2.- Dimensiones: longitud de 88.9 cm, ancho de 57.5 cm. altura de 94.6 cm.  2.3.- Con manubrio para su conducción.  2.4.- Cuatro ruedas antiestáticas, giratorias, de calidad hospitalaria, de 12.7 cm. de diámetro como mínimo.  2.5.- Con sistema de frenado en dos ruedas.  2.6.- Superficie para colocar el desfibrilador- monitor  2.6.1.- Con capacidad de giro.  2.6.2.- Con mecanismo para fijar la posición.  2.6.3- Con dispositivo para sujeción del desfibrilador.  2.7.- Superficie para la preparación de soluciones.  2.8.- Con cuatro cajones como mínimo  2.8.1.- Un cajón con divisores de material resistente y desmontables para la clasificación y separación, cuatro divisiones como mínimo.  2.9.- Sistema de seguridad  2.9.1.- Cerradura general para todos los compartimentos, con sistema de sellos de garantía.  2.10.- Con poste portavenoclisis ajustable e integrado.  2.11.- Tabla para masaje cardíaco, con longitud de 60 x 60 cm de material ligero, resistente al impacto, inastillable y lavable, montada al carro.  2.12.- Esquinas del carro redondeadas o bordes lisos.  2.13.- Con sistema de sujeción para tanque de oxígeno tipo E.  3.-Reanimador pulmonar manual (reusable):  3.1.- Desarmable y esterilizable en vapor.  3.2.- Bolsa de silicona transparente o semitransparente.  3.3.- Autoinflable.  3.4.- Tamaño adulto  3.4.1.- Volumen de la bolsa de 1500 ml como mínimo  3.5.- Tamaño pediátrico:  3.5.1.- Volumen de la bolsa de 500 ml mínimo  3.6.- Tamaño neonatal:  3.6.1.- Volumen de la bolsa de 250 ml mínimo  3.7.- Mascarillas de la misma marca  3.7.1.- Tamaño adulto, pediátrico y neonatal, esterilizables en vapor.  3.7.2.- Rotación de 360° entre la mascarilla y la válvula hacia el paciente.  3.8.- Válvula de no reinhalación de baja resistencia espiratoria.  3.9.- Válvula de seguridad que limite la presión en vías respiratorias.  3.10.- Conexión para oxígeno suplementario.  4.-Equipo de intubación orotraqueal  4.1.- Mango:  4.1.1.- Hecho de metal y que no cause corrosión.  4.1.2.- Acabado acanalado o rugoso.  4.1.3.- Compatibles con todos los modelos de hojas.  4.2.- Batería recargable a la corriente de forma directa o con cargador. Cargador de la misma marca del equipo.  4.3.- Iluminación halógena, xenón o LED a través de fibra óptica de 2.5 volts como mínimo.  .4.- Hojas de laringoscopio  4.4.1.- De acero inoxidable.  4.4.2.- Rectas (Miller) de la misma marca que el mango, juego de 6 piezas de los números 00, 0,1, 2, 3 y 4.  4.4.3.- Curvas, de la misma marca que el mango, juego de 4 piezas de los números 1, 2, 3 y 4.  4.5.- Estuche para guarda de mangos y hojas.  5.- Tanque de oxígeno tipo "E" con manómetro y válvula reguladora.  6.- Desfibrilador:  6.1.- Para desfibrilación manual y modo semiautomático (modo DEA), cardioversión y monitoreo continuo integrado.  6.2.- Con seleccion de energía para descarga bifásica exponencial truncada desde panel frontal en un rango de 2 o menor, a 360 Joules o mayor.  6.3.- Capacidad de autodescarga cuando no se utilice en un plazo máximo de 60 segundos.  6.4.- Con sistema para probar energía de descarga.  6.5.- Tiempo de carga de 7 segundos o menor para máxima energía (360 J), y 5 segundos o menor para 200 joules  6.6. Con selector de modo: cardioversión, desfibrilacion manual, marcapaso y modo semiautomatico (modo DEA)  6.7.- Con capacidad de desfibrilación interna (cirugía de corazón abierto) y externa.  6.8.- Cable para uso de electrodos de desfibrilación y/o marcapasos  7.- Marcapasos transcutáneo  7.1.- Interconstruido usando electrodos autoadheribles.  7.2.- Corriente de salida seleccionable en un rango de 0 mA como minimo a 200 mA o mayor.  7.3.- Duración de pulso de 20 milisegundos o menor.  7.4.- Frecuencia de marcapasos ajustable en el rango de 40 pulsos por minuto minimo a 170 pulsos por minuto como maximo  7.5.- Activación por modos: No demanda (o asincrónico) y a demanda (o sincrónico).  7.6.- Despliegue de parámetros en pantalla.  8.- Monitor:  8.1.- De dos canales.  8.2.- Pantalla LCD o tecnología superior de 115 mm x 86 mm como mínimo o diagonal de 14 cm (5.6 pulgadas) como minimo  8.3.- Con despliegue numérico y de onda de los siguientes parámetros: frecuencia cardiaca, despliegue de un trazo de ECG como mínimo a seleccionar entre 7 derivaciones: (DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF y V).  8.4.- Despliegues en pantalla y panel de control en idioma español.  9.- ECG  9.1.- Siete derivaciones seleccionables por el usuario.  9.2.- Cable de paciente para ECG de cinco puntas.  9.3.- Alarmas audibles y visibles de la frecuencia cardíaca.  10.- Palas:  10.1.- Para excitación externa, convertibles adulto/pediátricas que detecten actividad electrocardiográfica.  10.2.- Con descarga desde las palas y desde el panel de control.  10.3.- Botón de carga desde las palas y desde el panel de control.  10.4.- Con posibilidad de uso de electrodos o almohadillas para desfibrilación  11.- Alarmas audibles y visibles  11.1.- Seleccionables por el usuario, para alteraciones en la frecuencia cardiaca y SpO2  11.2.- De desconexión de derivadas del paciente.  11.3.- Del nivel de carga de la batería baja  12.- Sistema de Registro:  12.1.- Impresión integrada.  12.2.- Con capacidad de imprimir trazo de ECG e información relativa al evento registrado.  12.3.- Modo de operación manual y/o automático seleccionable por el usuario  12.4.- Un canal como mínimo.  13.- SpO2:  13.1.- Porcentaje numérico de SpO2 desplegado en pantalla, curva de pletismografía, barra de pulso y frecuencia de pulso  13.2.- Cable troncal y sensor reusable de dedo adulto y/o pediátrico  13.3.- Alarmas visibles y audibles, seleccionables por el usuario, para alteraciones en el porcentaje de SpO2.  14.- Batería:  14.1.- Recargable e integrada.  14.2.- Carga de la batería mientras el equipo se encuentra conectado a la corriente alterna.  14.3.-Que permita dar al menos 140 desfibrilaciones a 360 Joules  14.4.- Tiempo de carga máximo de 4 horas para alcanzar 100% de la capacidad de la batería.  15.- Cable de paciente de 5 puntas como mínimo.  CONSUMIBLES:  C1.- 100 Electrodos para monitoreo de ECG.  C2.- 5 Electrodos autoadheribles para desfibrilación, cardioversión y marcapasos pediátricos.  C3.- 2 Tubos de pasta conductora.  C4.- 3 rollos de papel para impresión.  C5.- Bolsa con 100 sellos de garantia  C6.- Foco para laringoscopio | | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 15**  **CIRUGÍA GENERAL DE PEDIATRÍA, SET DE** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1 CHAROLA MAYO  2 RIÑON DE ACERO INOXIDABLE DE 500 ML  1 SEPARADOR RICHARDSON CHICO  1 SEPARADOR RICHARDSON MEDIANO  2 JUEGO DE SEPARADOR FARABEUF DE 15 CM  1 MANGO DE BISTURI #3  1 MANGO DE BISTURI #4  2 CANULA DE YANKAHUER DE ACERO INOXIDABLE  2 PINZA DE DISECCION CON DIENTES DE 14 CM  2 PINZA DE DISECCION SIN DIENTES DE 14 CM  10 PINZA KELLY CURVA CURVA DE 14 CM  4 PINZA ROCHESTER PEAN CURVA DE 16 CM  2 PINZA DE ALLIS DE 15 CM  4 PINZA DE ALLIS DE 18 CM  2 PINZA BABCOCK DE 16 CM  2 PORTA AGUJA MAYO HEGAR DE 14 CM  1 SONDA ACANALADA  1 TIJERA MAYO RECTA DE 14 CM  1 TIJERA MAYO CURVA DE 14 CM  1 TIJERA METZEMBAUM CURVA DE 14 CM  1 PINZA FORESTER RECTA DE 18 CM  1 PINZA FORESTER CURVA DE 18 CM  1 GANCHOS DE HERNIA | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Charola para esterilización con capacidad de almacenamiento para el set completo. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 16**  **CUBETA DE 12 LITROS (ACERO INOXIDABLE)** | | | | | | | | | |
| **Folio** |  | | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  | | |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-Cubeta de 12 litros fabricada en lámina de acero inoxidable tipo AISI 304 calibre 20 acabado pulido sanitario, en una sola pieza.  2.-Con soportes (orejas) del mismo material en calibre 18 troqueladas con un acabado sin sobrantes rebabas con el material de la misma resistencia mecánica en cordones completos, uniformes, devastados y pulidos.  3.-Asa de alambrón de acero inoxidable AISI 304 de al menos ¼ de pulgada de diámetro con acabado pulido. | | | | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | | | | Nivel de atención | | |
|  |  | | | | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 17**  **CUNA DE CALOR RADIANTE PARA CUIDADOS INTENSIVOS CON FOTOTERAPIA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Cuna térmica controlada por microprocesador o microcontrolador.  2.- Con modos de operación: manual y servocontrolado.  3.- Con control manual de la potencia del calefactor de 0 a 100%.  4.- Con modo de precalentamiento que se inicie de forma automática al encender el sistema.  5.- Despliegues de:  5.1. Temperatura del paciente.  5.2. Temperatura de control.  5.3. Potencia del calefactor.  6.- Con control de temperatura automático, servocontrolado o control de la temperatura del paciente dentro del rango de 20 a 45ºC. con ajustes de temperatura de 25 a 38°C, Resolución de la temperatura 0.1°C.  7.- Función de auto prueba o autodiagnóstico.  8.- Alarmas auditivas y visuales, priorizadas o en rampa de:  8.1.- Temperatura del paciente (alta y baja).  8.2.- Falla en el sensor o sonda de la temperatura del paciente.  8.3.- Falla del sistema.  8.4.- Falla de alimentación eléctrica o potencia de alimentación eléctrica.  8.5.- Verificación de paciente o vigilar paciente en modo manual cada 15 minutos.  9.- Silenciador temporal de alarmas 10 minutos.  10.- Con elemento calefactor radiante.  11.- Dimensiones de la cuna:  1119mm. (L) 630mm. (A) 2003mm. (A)  11.1.- Altura –Nivel del Colchon 1000mm.  12.- Cuna limitada en los cuatro lados por paneles transparentes, abatibles con al menos 2 pasacables en un panel.  13.- Con posibilidad de dar 7 posición de ajuste, trendelenburg y contratrendelenburg o trendelenburg inverso, o inclinación de la cuna, con un ángulo de 10 grados de inclinación como mínimo de manera continúa.  14.- Con ajuste de altura de funcionamiento eléctrico ( opcional )  15.- Ruedas de 5”, con sistema de freno en dos ruedas como mínimo.  16.- Con al menos un cajón.  17.- Charola portachasis o porta cartucho de rayos X interconstruida.  18.- Lámpara o elemento calefactor abatible o que permita el acceso del equipo de rayos X.  19.- Lámpara o luz de examinación, exploración u observación.  20.- Colchón radiotransparente con cubierta lavable e impermeable.  21.- Tomacorriente adicional interconstruido uno como mínimo.  22.- Charola o repisa para monitor e instrumental.  23.- Modulo de Gases  23.1.- Conector de Entrada y Salida de O2,  23.2.- Conector de Entrada y Salida de aire. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Lámpara de fototerapia interconstruida o integrada (no rodable). En el rango de longitud de onda de 400 a 500 nanómetros.  Báscula integrada o interconstruida con el despliegue del peso sin tener que interrumpir el calor radiante.  Tres sensores reusables de temperatura de piel.  Soporte para líquidos y soluciones.  Resucitador manual neonatal reusable con mascarilla, bolsa reservorio y extensión para oxígeno.  Cronometro digital. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  | 50 parches reflejantes para fijar el sensor de temperatura. | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 18**  **ELECTROCARDIÓGRAFO MULTICANAL CON INTERPRETACIÓN** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | Electrocardiógrafo Multicanal (3 canales 12 derivaciones)  1. Con capacidad para adquirir en forma simultánea doce derivaciones.  2. Sistema de detección de mala conexión de cualquier electrodo.  3. Teclado alfanumérico para introducir los datos del paciente. Con opción de lector de código de barras para el rápido registro de pacientes  4. Frecuencia de muestreo digital de mínimo 1000 muestras/segundo/canal  5. Funcionamiento con corriente alterna y batería interna recargable  6. Filtro muscular a 20/ 35 Hz.  7. Frecuencia de corte superior a 150 Hz.o mayor  8. Frecuencia de corte mínimo de 0.05 Hz.o menor  8.1.1 Resolución 1uV/LSB  8.1.2 Modo de adquisición: 3, 6 Y 12 canales  9. Protección contra descargas de desfibrilador.  10. Detección de marcapasos.  11. Memoria interna de ECG  12. Programa de interpretación para pacientes adulto / pediátrico  13. Tiempo de inicio menor a 7 segundos  14. Con función de vista previa en pantalla  15. Función de vista previa y análisis en pantalla del informe de ECG completo, con repetición automatizada del análisis tras modificación de datos demográficos del paciente  16. Pantalla a color de 8 \*pulgadas en diagonal de tecnología LCD con resolución de al menos 800x600  17. Despliegue de datos en pantalla. como nombre del paciente, ID de paciente, sexo, edad, frecuencia cardiaca, reloj, indicador de energía de la batería, ondas, etiquetas de las derivaciones, velocidad, ajustes de ganancia y filtro, mensajes de advertencia, mensajes de ayuda, etc.  18. Con un peso no mayor a 5 kg, incluyendo registrador y batería interna.  19. Impresión de 12 derivaciones con trazos simultáneos en impresor térmico Inter construido al equipo. De tecnología de Matriz de puntos térmica. Opción de conectar impresora externa vía cable usb o conexión inalámbrica  19.1 Velocidad de al menos 5, 12,5; 25 y 50 mm/seg.  19.2 Sensibilidad de al menos 5, 10 y 20 mm /mV.y Auto  19.3 Tira de ritmo seleccionable de entre las 12 derivaciones.  19.4 Ajuste de sensibilidad y velocidad:  19.5 Selección de entre al menos 9 formatos que incluya mediciones, datos del paciente.  19.6 Despliegue e impresión de los mensajes en idioma español.  19.7 Impresión en papel térmico  20. Operación manual y automática . | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Cable para paciente de 10 puntas. | | | | |
| 1 | Batería de ion litio recargable con capacidad de tomar medición automática mayor que 400 ECG | | | | |
| 1 par | Electrodos reusables adulto y pediátrico. | | | | |
| 1 | Al menos 02 puertos USB para la transferencia de datos a la PC y al menos 01 conector RJ45. Con capacidad de conectar lector de código de barras para el registro del paciente. | | | | |
| 1 | Almacenamiento en memoria interna de al menos 800 estudios de ECG y con posibilidad de expor- tar vía USB en formatos PDF y XML. GMMG | | | | |
| 1 | Carro de transporte | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física.  Corriente eléctrica 120V/ 60 Hz. | | | | |
| **Consumibles:** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 19**  **EQUIPO DE ULTRASONIDO PARA ESTUDIOS GENERALES** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | Pantalla en color LCD de alta definición con brazo articulado  Segunda Pantalla táctil ergonómica  Cuatro puertos de transductor activos  Tecnología de front-end digital  Tecnología de formación de haces múltiples  Imagen compuesta  \_-scan Escaneo y procesamiento de imagen  Imágenes de armónicos tisulares  Imágenes armónicas de inversión de fase  Alta frecuencia de repetición de pulsos  Imágenes panorámicas  Imágenes 3D / 4D, FreeHand 3D  Iconos de tipo examen  Elastografía de imágenes  Imagen de contraste  DVD  Módulo ECG  \_-scan  Frecuencia ajustable de 5 bandas en modo B  LGC (2 bandas)  Índice característico del tejido  Modos: THI, PIH, Color, PDI, DPDI, PW, Simult, Steer M, Color  M, TDI, CW, B  Doble haz  Función de rotación de imagen  Imagen compuesta  Imágenes trapezoidales  Capacidad de imagen y película  Apoyo HPRF  Biopsia mejorada  Echo de esfuerzo (opcional)  Paquete de medidas: Básico, Obstetricia, Ginecología,  Cardiología, Abdomen, Vascular, Urología, Partes  pequeñas, Pediatría, Índice de rendimiento miocárdico  PW auto trace  Medición IMT  DICOM: transmisión, lista de trabajo, MPPS, C-store, Q / R  Fuente de alimentación: CA 100 ~ 240 voltios 50/60 Hz.  Estándares de seguridad.  Cumple con los estándares de calidad ISO 13485.  Cumple con los requisitos de FDA 510 (k).  Modo - B Ganancia 0-255  Profundidad: 32.9 cm Max. (Según sonda utilizada)  Zoom: Max. = 10  Inversión: izquierda / derecha / arriba / abajo  Modo: 2B y 4B  Enfoque: hasta 12, lapso de enfoque ajustable  Imagen  3D / 4D  3 secciones simultáneas arbitrarias  Modo de visualización: pantalla dual  Pantalla cuádruple  Pantalla completa 2D  Pantalla completa en 3D  Pantalla completa 4D  Rotación: X / Y / Z  Movimiento: D / A -A  Rotación automática: 45, 90, 180, 270.360 ° ajustable.  Capacidad: 0-255 Desplazamiento ajustable - Ajustable 0-255 Pendiente  Almacenamiento de imágenes en tiempo real simple / dual  Estático y dinámico  La imagen archivada se puede ver en la PC  Reproductor de audio Doppler Cinema  Mediciones Generales  Modo de Color  Modo- B  Modo- M  Modo- 4D  Doppler Espectral  Mediciones Obstétricas / Ginecológicas  Modo- B  Modo de Onda de Pulso  Ganancia ajustable 1-255  Profundidad: 42.9cm  Zoom de imagen (0,8 a 10 veces)  TGC: 8 niveles de control  Lugar de Imagen: izquierda, derecha, arriba y abajo  Imagen panorámica  Imagen compuesta: apagado, 1, 2 ajustable  Enfoque: rango hasta 12  Enfoque ajustable (según la sonda)  Frecuencia: 5 bandas ajustables  Cromático: 13 tipos seleccionables  Fusión adaptativa de imágenes: 15 tipos seleccionables  U-Scan: 0, 2, 3, 7 y 11 ajustable  Dos años garantia. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | 1.-Transductores electrónicos multifrecuencia o banda ancha:  1.1.- Lineal con el rango de 5 MHz o menor a 12 MHz o mayor para estudios vasculares, partes pequeñas, músculo esquelético.  1.2.-Convexo o curvilíneo con el rango de 2 Mhz o menor a 5 Mhz o mayor como mínimo, con frecuencias armónicas.  1.3.- Transductor intracavitario con el rango de 4 MHz o menor a 8 MHz o mayor.  2.- UPS de doble conversión con supresor de picos. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  | Paquete (papel y donador) para impresoras ofertadas.  Fundas desechables protectoras para el transductor intracavitario.  Gel para ultrasonido.  DVD o CD-RW. | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V +/- 10%, 60 Hz. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 20**  **ESFIGMOMANÓMETRO ANEROIDE DE PARED** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Folio** | |  | | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  | | | | | | |
| **Área**  **Requirente** | | Dirección Médica | | | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA |  | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA: | CARÁTULA GRABADA CON LÁSER  LA CARÁTULA CÓNCAVA Y LA AGUJA ROJA DE ALTO CONTRASTE  GARANTÍA DE CALIBRACIÓN DE POR VIDA.  LIBRE DE MERCURIO.  LIBRE DE LÁTEX. | | | | | | | | | | | | | |
| ACCESORIOS | CANT | | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | | | | |
|  | | Base a pared | | | | | | | | | | | |
| REFACCIONES |  | | | | | | | | | | | | | |
| CONSUMIBLES |  | | | | | | | | | | | | | |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD SOLICITADA: | CANT | | DESCRIPCIÓN | | | | | NIVEL DE ATENCIÓN | | | | | | |
|  | |  | | | | | PRIMER | | | SEGUNDO | | | TERCER |
| DOCUMENTOS A ENTREGAR Y REQUISITOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA | MANUAL DE USUARIO Y GUÍA RÁPIDA EN ESPAÑOL | | | | | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE O JUSTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL LICITANTE EN CASO DE QUE NO APLIQUE | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGINAL DE CATÁLOGOS, FOLLETOS, MANUALES, GUÍAS U OTRO NECESARIO PARA INDICAR LAS REFERENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS | | | | | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL PARA GARANTÍA DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE INCLUYA LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO | | | | | | | | | | | | | |
| PREVENTIVO CON REFACCIONES Y VISITAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS NECESARIOS POR AL MENOS | | | | | | | | | 1 | | | AÑOS. | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE DONDE GARANTICE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL USUARIO EN LA CUAL SE INCLUYAN LAS EVALUACIONES CORRESPONDIENTES. | | | | | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE PARA SOPORTE TÉCNICO Y REFACCIONES GARANTIZANDO AL MENOS 5 AÑOS. | | | | | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE GARANTICE LA ENTREGA DE EQUIPO NUEVO. | | | | | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL | | | COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO. | | | | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: | | | | |  | | |  | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN EXTRANJERO | | | COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO | | | | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: CE, FDA, JIS | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 21**  **ESFIGMOMANÓMETRO ANEROIDE PORTÁTIL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Folio** | |  | | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  | | | | | | | |
| **Área**  **Requirente** | | Dirección Médica | | | | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA |  | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA: | Escala: Ø 52mm (2,0 pulgadas) con indicador en azul o en color fluorescente negro y rojo.  Base de válvula y canal del aire con válvula de precisión metálica.  Carcasa ABS con dos componentes.  Unión metálica atornillada de tubo en la parte superior de la carcasa para un cambio rápido del brazalete y un manejo ergonómico.  Tolerancia de errores máxima de +/- 2mmHg.  Garantía de calibración de por vida.  Libre de mercurio. | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCESORIOS | CANT | | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| REFACCIONES |  | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSUMIBLES |  | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD SOLICITADA: | CANT | | DESCRIPCIÓN | | | | | | NIVEL DE ATENCIÓN | | | | | | |
|  | |  | | | | | | PRIMER | | | SEGUNDO | | | TERCER |
| DOCUMENTOS A ENTREGAR Y REQUISITOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA | MANUAL DE USUARIO Y GUÍA RÁPIDA EN ESPAÑOL | | | | | | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE O JUSTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL LICITANTE EN CASO DE QUE NO APLIQUE | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGINAL DE CATÁLOGOS, FOLLETOS, MANUALES, GUÍAS U OTRO NECESARIO PARA INDICAR LAS REFERENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS | | | | | | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL PARA GARANTÍA DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE INCLUYA LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | |
| PREVENTIVO CON REFACCIONES Y VISITAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS NECESARIOS POR AL MENOS | | | | | | | | | | 1 | | | AÑOS. | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE DONDE GARANTICE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL USUARIO EN LA CUAL SE INCLUYAN LAS EVALUACIONES CORRESPONDIENTES. | | | | | | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE PARA SOPORTE TÉCNICO Y REFACCIONES GARANTIZANDO AL MENOS 5 AÑOS. | | | | | | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE GARANTICE LA ENTREGA DE EQUIPO NUEVO. | | | | | | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL | | | COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO. | | | | | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: | | | | | |  | | |  | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN EXTRANJERO | | | COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO | | | | | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: CE, FDA, JIS | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 22**  **ESTERILIZADOR DE VAPOR AUTOGENERADO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Esterilizador de vapor autogenerado para laboratorio clínico de sobremesa.  2.- Con capacidad de 230 a 270 litros.  3.- Tipo gabinete de sobremesa.  4.- Controlado por microprocesador o PLC.  4.1.- Panel de control.  4.2.- Selector de ciclos.  4.3.- Sistema de autodiagnóstico y detección de fallas.  5.- Generación de vapor por medio de resistencias eléctricas.  6.- Puerta y cámara horizontal en acero inoxidable tipo 316L ó 316 Ti, en acabado electropulido.  7.- Puerta abatible con mecanismo de apertura y cierre automático, con cubierta de polímero o plástico resistente al calor.  8.- Gabinete externo de acero inoxidable y/o aluminio.  9.-Con depósito de agua interconstruido.  10.- Salida manual de agua a drenaje.  11.- Sensor de temperatura flexible dentro de la cámara para ciclo de líquidos.  11.- Rango de temperatura para los ciclos de 105ºC o menor a 134ºC o mayor  12.- Configurado y equipado para correr ciclos isotérmicos de 60°C a 95°C.  13.- Programas o ciclos pre- establecidos como mínimo:  13.1.- Vidrio y/o instrumental suelto (134°C).  13.2.- Plástico y/o material poroso (121°C).  13.4.- Líquidos (121°C) con escape lento.  13.5.- Ciclo(s) isotérmico(s).  14.- Habilitación y configuración de ciclos / programas adicionales a través de contraseña, de acuerdo a las necesidades del  usuario.  15.- Pantalla digital:  15.1.- Despliegue de los parámetros críticos durante los ciclos y/o procesos de esterilización: tiempo, temperatura y presión, como mínimo.  15.2.- Despliegue del estatus durante los ciclos y/o procesos de esterilización.  15.3.- Despliegue de la información en español.  16.- Sistema de seguridad que impida la apertura de la puerta:  16.1.- Durante todo el ciclo y/o proceso de esterilización y/o cuando exista presión en la cámara.  16.2.- Hasta que la temperatura del (los) líquido (s) llegue a la temperatura final predeterminada.  16.3.- Hasta que la temperatura de la cámara esté por debajo de un nivel de seguridad especificado.  17.- Función de paro de emergencia.  18.-Apagado del equipo por sobrecalentamiento.  19.-Válvula de seguridad de vapor.  20.- Indicador audible y visible de fin de ciclo.  21.- Alarmas audibles y visibles en pantalla con descripción correspondiente:  21.1.- Puerta mal cerrada.  21.2.- Falla de temperatura de operación del ciclo.  21.3.- Falla de presión de operación del ciclo.  21.4.- Falla durante el ciclo.  21.5.- Desviación de tiempos preestablecidos.  21.6.- Bajo nivel de agua.  21.7.- Falla en el suministro de energía.  22.- Filtro HEPA o máximo 0.3 micrones para el ingreso de aire libre de partículas.  23.- Impresora interconstruida para registro alfanumérico del ciclo y/o proceso de esterilización y mensajes de error.  24.- Puerto(s) de validación. | | | | | |
| **Consumibles** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Rollo de papel para impresora, cinta testigo, control biológico y químico | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Corriente eléctrica 220 V +/- 10%, 60 Hz. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 23**  **ESTETOSCOPIO DE CÁPSULA DOBLE** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | Instrumento utilizado para detectar y estudiar sonidos internos producidos en el cuerpo de un paciente.  Consta de los siguientes elementos:  1. Arco y auriculares de acero inoxidable o bronce cromado o titanio  1.1. Ergonómico y diseñado para ajustarse al oído del usuario  2. Olivas felxibles fabricadas de silicón o goma plástico grado médico, lavables  3. Un tubo flexible con un largo de 50 cm como mínimo  4. Cápsula doble para auscultación fabricada en acero inoxidable o bronce cromado o titanio  4.1. Con vástago o conector crónico para adaptarse al tubo  4.2. Con válvula selectora o sistema de rotación o giro para el cambio de cápsula  5. Cápsula para membrana del rango de 4.5 a 5 cm de diámetro  5.1. Membrana o diafragrma acústica fabricada de en un material de fibra de nylon o fibra de vidrio o plástico  5.2. Anillo de goma, silicón o plástico grado médico con rosca  6. Cápsula pequeña dentro del rango de 3 a 3.5 cm de diámetro  6.1. Con anillo de goma o silicón o plástico grado médico | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 24**  **ESTETOSCOPIO DE PINARD** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | * Fabricado en aluminio de una sola pieza * Forma de la campana * Longitud dentro del rango de 14 cm | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 25**  **ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO COMPLETO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | Equipo utilizado en la exploración física del paciente con fines diagnósticos.  Consta de los siguientes elementos:  1. Otoscopio con fibra óptica con iluminación con lámpara de luz Xenón o halógena de 3.5 volts.  1.1. Sistema sellado o hermético para pruebas neumáticas  1.2. Espéculos reusables en diferentes tamaños  2. Oftalmoscopio con iluminación por medio de lámpara de luz Xenón o halógena de 3.5 volts.  2.1. Con al menos 5 aperturas y lentes dentro del rango de -15 o mayor a +30 dioptrías o mayor.  3. Mango metálico de acabado rugoso o estriado recargable directo a la corriente y para uso con baterías alcalinas tamaño o tipo “C”.  4. Control de intensidad de luz.  5. Acoplamiento de otoscopio y oftalmoscopio al mango con sistema mecánico de giro  6. Con estuche rígido para guardar los accesorios | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Baterías recargables según equipo.  Cargador de baterías | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | ALIMENTACIÓN: 120V/60 Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 26**  **FLUJÓMETRO DE PARED** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | FLUJOMETRO SENCILLO TIPO ARAMED PARA TOMA DE OXIGENO ENTRADA CUADRADA, INCLUYE VASO HUMIDIFICADOR PARA SISTEMA DE SALIDA | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 27**  **FONODETECTOR PORTÁTIL DE LATIDOS FETALES** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Detección del latido cardiaco fetal por efecto doppler pulsado o continuo.  2.- Transductor de 2 MHz ó 3 MHz para uso específico en obstetricia. Transductor a prueba de agua.  3.- Despliegue digital en pantalla LCD o electroluminiscente de la frecuencia cardiaca fetal y señal visual de latido cardiaco fetal.  4.- Opera con baterías recargable y cargador de baterías.  5.- Con indicación en pantalla de batería baja.  6.- Con apagado automático cuando no está en uso para mayor duración de la batería.  7.- Bocina interconstruida al equipo.  8.- Control de volumen variable.  9.- Procesado por autocorrelación.  10.- Conector para audífonos y audífonos.  11.- Tiempo de operación de 4 horas mínimo o capacidad mayor a 250 exámenes usando baterías. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Bolsa de traslado | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 28**  **GLUCÓMETRO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | * Principio de medición: Determinación fotométrica de la glucosa. * Tiempo de medición: Aproximadamente 5 segundos (aplicación de la sangre con la tira reactiva dentro del medidor). Aproximadamente 8 segundos (aplicación de la sangre con la tira reactiva fuera del medidor). * Temperatura de uso: +8 hasta +42 °C. * Humedad de uso: Hasta 85 % de humedad relativa. * Capacidad de memoria: Hasta 500 valores con fecha y hora. * Transferencia de datos: Vía USB (con el cable Micro-USB). * Codificación automática: Vía chip de codificación (lote específico del chip de codificación). * Advertencia: Advertencia de caducidad de las tiras (la información es guardada en el chip de codificación). * Dimensiones:8-9 x 46-47 x 19-20 mm * Pantalla: Pantalla LCD con 96 segmentos. * Sonido de alerta: Sí (Activado por ajuste de fábrica). * Apagado automático: 30 o 90 segundos en función del estado operativo. * Detección de muestra * Rango de medición: 10 mg/dL – 600 mg/dL, | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | * Pila: 1 pila, tipo CR 2032. * 1 caja de tiras reactivas acorde al equipo | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | * Pila: 1 pila, tipo CR 2032. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 29**  **INCUBADORA PARA CONTROLES BIOLÓGICOS DE LA ESTERILIZACIÓN CON VAPOR** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | * Display de LCD. * Con varios orificios para colocar indicadores biológicos y los bloques porta viales son cambiables, disponibles en diferentes medidas. * Bloque porta viales de aluminio. * Que permita al usuario seleccionar la temperatura de incubación y tiempo deseados y almacenar hasta diez programas de Incubación en la memoria. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 30**  **INCUBADORA PARA RECIÉN NACIDO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
|  | 1.- Incubadora para cuidados generales  2.controles  2.1.- Controlado por microprocesador o microcontrolador.  2.2.- Sistema de humidificación con control manual o pasivo.  2.3.- Con depósito de agua removible y esterilizable.  2.4.- Puerto de entrada para suministro de oxígeno.  2.5.- Control con modo servocontrolado para ajuste de temperatura del aire de 20 ºC o menor a máximo 39ºC. Con sobregiro o rango ampliado de temperatura o sobretemperatura de más de 39°C hasta 40ºC.  2.6.- Control con modo servocontrolado para ajuste de temperatura de la piel del paciente no menor a 34ºC hasta 38ºC. Con sobregiro o rango ampliado de temperatura o sobretemperatura en el rango de 37°C a máximo 38 ºC.  2.7.- Resolución mínima de 0.1 ºC.  2.8.- Tiempo de elevación de la temperatura: 40 minutos.  2.9.- Uniformidad de la temperatura: 0.6°C.  3. Monitoreo de parametros  3.1.- Despliegue digital en pantalla de los siguientes parámetros: 3.1.1.- Temperatura del aire medida y programada.  3.1.2.- Temperatura del paciente medida y programada.  3.1.3.- Temperatura de control medida y programada.  3.2.- Con indicador de la potencia o encendido del calefactor .  3.3.- Sistema de Humedad: 3.3.1.- Rango de Control: 30% a 95%  3.3.2.- Rango de Actuacion del display: 20% a 100%  3.3.3.- Capacidad de Deposito: 950ml.  3.3.4.- Tiempo de Operación-Desposito máxima capacidad: 25 hrs.-80% humedad relativa.  3.3.5.-Resolucion del display: 1%  4. Alarmas  4.1.- Audibles y visibles.  4.2.- Temperatura alta del aire.  4.3.- Temperatura alta del paciente en modo servocontrolado.  4.4.- Falla de la circulación o flujo de aire.  4.5.- Falta de suministro de energía eléctrica.  4.6.- Falla del sensor de temperatura del paciente.  4.7.- Falla del sistema.  4.8.- Silenciador temporal de alarmas.  5. Gabinete  5.1.- Capacete transparente con las siguientes dimensiones. 5.1.1.- Ancho: 107cm.  5.1.2.- Profundidad: 56cm.  5.1.3.- Altura minima y máxima: 134 a 154cm.  5.1.4.- Altura-Nivel colchón: 94 a 114cm.  5.2.- Doble pared, con circulación de aire entre el capacete y la doble pared.  5.3.- Puerta de acceso frontal y trasera con cortina de aire.  5.4.- Con al menos cinco portillos de acceso al paciente.  5.5.- Con al menos cuatro accesos para tubos al interior de la cámara.  5.6.- Colchón con cubierta lavable e impermeable . 5.6.1.- Dimensiones del colchón 34cm x 63cm.  5.7.- Base para el colchón con ajuste de Trendelenburg y Trendelenburg inverso.  5.8.- Gabinete con ruedas de 4” freno en al menos dos ruedas.  5.9.- Una puerta o un cajón o entrepaño, como mínimo.  5.10.- Filtro de aire.  5.11.- Nivel de ruido en el interior del capacete menor o igual a 50 dBA.  6.- sensor de temperatura de piel reusable. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  | Sensor desechable o reusable de temperatura de piel.  Parches reflejantes para sostener el sensor.  Mangas para portillos.  Filtro de aire.  Filtro de oxígeno. | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V +/- 10%, 60 Hz. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 31**  **LÁMPARA DE EXAMINACIÓN CON FUENTE DE LUZ DE FIBRA ÓPTICA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Lámpara de examinación de varios LEDs, cabezal grande.  2.- Fuente de luz con LEDs blancos.  3.- Intensidad de luz de 20,000 luxes como mínimo a una distancia de 40 cm.  4.- Temperatura de color de 5500 grados Kelvin como mínimo.  5.- Tiempo de vida útil del LED 35,000 horas como mínimo  6.- Cabezal de iluminación de 35 x 22 cm como máximo.  7.- Longitud del brazo flexible de 79 cm como mínimo.  8.- Con diámetro de iluminación de 15 cm como mínimo a una distancia de 40 cm.  9.- Con mango para posicionamiento. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Sistema para fijación de la lámpara.  Montaje a pared.  Mesa de exploración.  Escritorio.  Soporte con base rodable y freno. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 32**  **LÁMPARA OBSTÉTRICA** | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA |  | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA: | 1.- Lámpara quirúrgica sencilla obstétrica de LED  2.- Montaje:  2.1.- Columna fija al techo.  3.- Brazo porta lámpara:  3.1.- Con giro rotatorio de 360º  3.2.- Ajuste vertical mínimo de 90cm y abatible a +/- 45°.  3.3.- Articulado.  4.- Lámpara  4.1.- Libre de sombras a la interposición de cuerpos.  4.2.- Fuente de luz:  4.2.1.- Diámetro 700 milimetros como minimo  4.2.2.- Ensamblado en base de aluminio.  4.2.3.- Tiempo de vida útil de 25,000 horas como mínimo.  4.3.- Temperatura de color en el rango de 4200 a 6000 grados Kelvin.  4.4.- Índice de rendimiento de color de 90% como mínimo.  4.5.- Tamaño del campo de trabajo:  4.5.1.- Diámetro de iluminación de 18 cm como mínimo.  4.5.2.- Profundidad de iluminación de  75cm como mínimo a 1m de distancia de la fuente sin reenfoque.  4.6.- Energía de radiación de 500 W/m2 o menor  4.7.- Intensidad luminosa homogénea en el rango de 100,000 a 160,000 luxes a 1 metro de distancia de  la fuente.  4.8.- Mango:  4.8.1.- Desmontable  4.8.2.- Esterilizable .  4.8.3.- Aluminio y/o plástico.  4.8.4.- Ensamble rápido no enroscable.  4.9.-Panel de control electrónico de encendido, apagado, aumento y disminución de la intensidad luminosa.  4.10.- Cabezal cerrado con superficie externa lisa, sin bordes ni tornillos para fácil limpieza y desinfección. | | | | | | | | | |
| ACCESORIOS | CANT | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | |
|  | Dos mangos desmontables y esterilizables. | | | | | | | | |
| REFACCIONES |  | | | | | | | | | |
| CONSUMIBLES | No aplica | | | | | | | | | |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD SOLICITADA: | CANT | DESCRIPCIÓN | | NIVEL DE ATENCIÓN | | | | | | |
|  | Eléctrica: 120 V +/- 10% , 60 Hz. | | PRIMER | | | SEGUNDO | | | TERCER |
| DOCUMENTOS A ENTREGAR Y REQUISITOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA | MANUAL DE USUARIO Y GUÍA RÁPIDA EN ESPAÑOL | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE O JUSTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL LICITANTE EN CASO DE QUE NO APLIQUE | | | | | | | | | |
| ORIGINAL DE CATÁLOGOS, FOLLETOS, MANUALES, GUÍAS U OTRO NECESARIO PARA INDICAR LAS REFERENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL PARA GARANTÍA DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE INCLUYA LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO | | | | | | | | | |
| PREVENTIVO CON REFACCIONES Y VISITAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS NECESARIOS POR AL MENOS | | | | | 1 | | | AÑOS. | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE DONDE GARANTICE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL USUARIO EN LA CUAL SE INCLUYAN LAS EVALUACIONES CORRESPONDIENTES. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE PARA SOPORTE TÉCNICO Y REFACCIONES GARANTIZANDO AL MENOS 5 AÑOS. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE GARANTICE LA ENTREGA DE EQUIPO NUEVO. | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL | | COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO. | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: | |  | | |  | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN EXTRANJERO | | COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: CE, FDA, JIS | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 33**  **LÁMPARA QUIRÚRGICA PORTÁTIL PARA EMERGENCIA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | LÁMPARA QUIRÚRGICA PORTÁTIL PARA EMERGENCIA  Descripción  Técnica:  1.- Lámpara quirúrgica portátil para emergencia de LED  2.- Montaje:  2.1.- Columna fija a pedestal rodable  2.2.- Pedestal con freno en cada rueda.  2.3.- Manija de direccionamiento en barra de pedestal.  3.- Brazo porta lámpara:  3.1.- Con giro rotatorio de 360º  3.2.- Ajuste a +/- 35° arriba y 45° abajo como mínimo.  3.3.- Articulado.  4.- Lámpara:  4.1.- Libre de sombras a la interposición de cuerpos.  4.2.- Fuente de luz:  4.2.1.- LED blanco, sin emitir ningún tipo de rayos infrarrojos. Con 16 bulbos de LED.  4.2.2.- Ensamblado en base de aluminio.  4.2.3.- Tiempo de vida útil de 50,000 horas o mayor.  4.2.4.- niveles de ajuste de intensidad luminosa (EC) En lux de 10 000 a 65 000 Lux  4.2.5.- Indice de reproducción cromática Ra de 95  4.2.6.- Indice de reproducción del Rojo R9 de 97  4.2.7.- Indice de reproducción cromática de pie caucásica R13 de 97  4.3.- Temperatura de color en el rango de 4400 grados Kelvin.  4.4.- Giro de base de 360 ° y rotación de lámpara 360°  4.5.- Tamaño del campo de trabajo:  4.5.1.- Diámetro de iluminación de 14 a 20.5 cm.  4.5.2.- Profundidad de iluminación de 120 cm como mínimo a 1 metro de distancia de la fuente sin  reenfoque.  4.6.- material del cabezal o satélite en fundición de Aluminio no plástico para mayor durabilidad  4.7.- Intensidad luminosa homogénea de 160,000 luxes a 1 m de distancia de la fuente.  4.8.- Mango:  4.8.1.- Desmontable  4.8.2.- Esterilizable.  4.8.3.- Plástico.  4.8.4.- Ensamble rápido enroscable.  4.9.-Encendido, apagado, aumento y disminución de la  intensidad luminosa desde el mango central.  4.10.- Cabezal con superficie externa lisa, diseño doble hueco para no interferir en el flujo  laminar, fácil limpieza y desinfección.  5.- Batería recargable:  5.1.- Interruptor principal  5.2.- Tiempo de la batería en uso mínimo 6.5 horas.  5.3.- Funcionamiento continúo.  5.4.- Sin variaciones en la calidad de la iluminación.  6.- Cable alimentación:  6.1.- enrollable para evitar cable suelto en el área de uso. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Eléctrica: 120 V +/- 10% , 60 Hz.. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 34**  **LÁMPARA QUIRÚRGICA SENCILLA DE OPERACIÓN MANUAL** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Lámpara quirúrgica sencilla obstétrica de LED  2.- Montaje:  2.1.- Columna fija al techo.  3.- Brazo porta lámpara:  3.1.- Con giro rotatorio de 360º  3.2.- Ajuste vertical mínimo de 90cm y abatible a +/- 45°.  3.3.- Articulado.  4.- Lámpara  4.1.- Libre de sombras a la interposición de cuerpos.  4.2.- Fuente de luz:  4.2.1.- Diámetro 700 milimetros como minimo  4.2.2.- Ensamblado en base de aluminio.  4.2.3.- Tiempo de vida útil de 25,000 horas como mínimo.  4.3.- Temperatura de color en el rango de 4200 a 6000 grados Kelvin.  4.4.- Índice de rendimiento de color de 90% como mínimo.  4.5.- Tamaño del campo de trabajo:  4.5.1.- Diámetro de iluminación de 18 cm como mínimo.  4.5.2.- Profundidad de iluminación de  75cm como mínimo a 1m de distancia de la fuente sin reenfoque.  4.6.- Energía de radiación de 500 W/m2 o menor  4.7.- Intensidad luminosa homogénea en el rango de 100,000 a 160,000 luxes a 1 metro de distancia de  la fuente.  4.8.- Mango:  4.8.1.- Desmontable  4.8.2.- Esterilizable .  4.8.3.- Aluminio y/o plástico.  4.8.4.- Ensamble rápido no enroscable.  4.9.-Panel de control electrónico de encendido, apagado, aumento y disminución de la intensidad luminosa.  4.10.- Cabezal cerrado con superficie externa lisa, sin bordes ni tornillos para fácil limpieza y desinfección. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Panel de control electrónico en pared. (Considerar esta opción en obra nueva). | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  | Dos mangos desmontables y esterilizables. | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 35**  **LARINGOSCOPIO** | | | | | | | | | | | | |
| **Folio** | |  | | | | **Partida** | |  | | **Clave de cuadro estatal 2021** | |  |
| **Área**  **Requirente** | | Dirección Médica | | | | | | | | | | |
| **Descripción** | | 1.- Lámpara:  1.1.- Luz estándar de 2.5 Volts. como mínimo.  2.- Alimentación por baterías recargables o alcalinas:  2.2.- Tipo C, tipo D o tipo AA.  3.- Mango:  31.- Hecho de metal y que no cause corrosión.  3.2.- Acabado acanalado o rugoso.  3.3.- Compatibles con todos los modelos de hojas.  4.- Hojas hechas de acero inoxidable:  4.1.- Tipo Macintosh (curva sin aristas ni ángulos) o Miller (recta).  4.2.- Existen diferentes medidas, que son a elección de las necesidades del servicio y pueden ser:  4.2.1.- 0 (Miller). 00 miller  4.2.2.- Pediátrico. 1, 2 (Macintosh y/o Miller).  4.2.3.- Adultos. 3,4 o 5 (Macintosh y/o Miller). | | | | | | | | | | |
| **Accesorios** | | **CANT** | | **Descripción** | | | | | | | | |
|  | | 1.- Cargador, para el caso del mango con alimentación recargable.  2.- Batería recargable, para el caso del mango con alimentación recargable.  3.- Hojas (Macintosh o miller) de diferentes tamaños (00, 0, 1, 2, 3 o 4), como son neonatal, infantil y para adulto.  4.- Hojas Macintosh en tamaño 5, para adulto.  5.- Estuches para accesorios. | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
| **Consumibles :** | | **N/A** | | **Descripción** | | | | | | | | |
|  | | 1.- Lámpara de repuesto.  2.- Baterías alcalinas, para el caso del mango con alimentación no recargable. | | | | | | | | |
| **Instalación:** | |  | | **Descripción** | | | | | | | | |
|  | | Corriente eléctrica de 120V ±10% a 60 Hz o 220V ±10% a 60 Hz. | | | | | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **PARTIDA 36**  **LAVADORA, DESCONTAMINADORA DE ALTA FRECUENCIA, DE INSTRUMENTAL Y UTENSILIOS (CON ACCESORIOS)** | | | | | | | | | | | | |
| **Folio** |  | | | | **Partida** | |  | | **Clave de cuadro estatal 2021** | |  | |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Lavadora con sistema automático de lavado, desinfección, lubricación y secado.  2.- Rack de carga de acero inoxidable para la colocación de canastillas para instrumental. (El número de canastillas que podrán ser procesadas por ciclo deberán ser especificadas de acuerdo a las necesidades operativas de la unidad).  3.- Inyectores de agua para lavado , enjuague y limpieza  4.- Sistema programable de ciclo de lavado, desinfección y secado.  5.- Puerta con sistema de apertura manual y/o automática para colocar y sacar el rack de carga dentro de la lavadora por la parte frontal.  5.1.-Sistema de bloqueo que impida la apertura de la puerta durante el ciclo.  5.2.- Función de bloqueo de seguridad si la puerta no está bien cerrada.  6.- Panel de control para:  6.1.- Encendido  6.2.- Apagado  6.3.- Programación de ciclos  6.4.- Interrupción de ciclo.  7.- Display digital para visualización del proceso.  7.1.- Estado del ciclo.  7.2.- Tiempo  7.3.- Temperatura.  7.4.- Mensajes de error en caso de falla  . 8- Impresora para el registro:  8.1.- Parámetros del proceso del ciclo.  8.2.- Errores  8.3.- Fecha del proceso.  8.4.- Hora del proceso.  9.- Sistema de drenado.  10.- Sistema de lavado rotatorio por aspersores.  11.- Cámara construida de acero inoxidable. De 200 litros  12.-Ciclos de lavado que incluyan mínimo:  12.1.- Pre-lavado  12.2.- Lavado.  12.3.- Enjuague  12.4.- Desinfección térmica.  12.5.-Lubricación  12.6.- Secado.  13.- Filtro HEPA, para la fase de ventilación y secado.  14.- Alarmas audibles y visibles. | | | | | | | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | | **Descripción** | | | | | | | | | |
| 1 | | * Rack para instrumentos canulados. * Canastillas para instrumental * Carro de transporte de racks. | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | | **Descripción** | | | | | | | | | |
| 1 | | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física.  Corriente eléctrica 110, 220v, 480v / 60 Hz. | | | | | | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 37**  **MÁQUINA DE ANESTESIA INTERMEDIA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | • Gabinete: Con las siguientes características, seleccionables de acuerdo a necesidades de las unidades médicas: Dos vaporizadores con sistema de exclusión. Ventilador interconstruído o integrado. Contactos eléctricos mínimo 3 Yugos para cilindros O2 y N2O. Cajones al menos uno. Mesa de trabajo. Repisa para monitor. Cuatro ruedas, dos con freno. Indicadores o manómetros interconstruídos de presión para suministro de toma mural y de cilindros (2 gases). Codificados de acuerdo al código americano de colores (O2-verde, N2O-azul, aireamarillo). Batería de respaldo interconstruída o no-break grado médico con capacidad para 60 minutos o mayor.  • Suministro de gases: Flujómetros codificados de acuerdo al código americano de colores (O2 verde, N2O azul, aire amarillo).Para O2, N2O y aire, neumáticos dobles o electrónicos. Con iluminación en flujómetros neumáticos o despliegue digital electroluminiscente. Guarda hipóxica dentro del rango de 23% o mayor. Flush o suministro de oxígeno directo.  • Circuito de paciente: Uno o dos canister reusable y esterilizable en autoclave. Con capacidad total de 800 g. o mayor. Montaje de circuito de reinhalación parcial (directo o adaptador), que permita ventilación mecánica o manual. Sistema de evacuación activo o pasivo. Todos los elementos en contacto con el gas espirado del paciente deberán ser esterilizables en autoclave. Válvula ajustable de presión, (APL). Válvula de sobrepresión. Conmutación de bolsa a ventilador. Reservorio de polvo y agua. Soporte para la bolsa de reinhalación  Ventilador microprocesado e integrado: Modos de ventilación: Controlado por volumen. Controlado por presión. Conmutación a ventilación manual. SIMV (disparado por presión o por flujo). Capacidad para integrar ventilación por presión-soporte. Control para ajustes de volumen que cubra el rango de 50 – 1500ml o mayor  . Control de frecuencia respiratoria que cubra como mínimo el rango de 0 a 100 respiraciones por minuto . bpm. Control para ajustes de PEEP electrónico. Control para ajustes de relación I:E y relación I:E inversa. Control para ajustes de presión inspiratoria que cubra como mínimo el rango de 5 cm H2O a 70 cm H2O cmH2O. Control para ajustes de presión límite que cubra como mínimo el rango de 0-70 cm H2O  • . Sistema de comprobación automático. Control para ajustes de pausa inspiratoria variable y continua. Compensación: Distensibilidad y fugas de circuito. De volumen o desacoplo de volumen corriente del gas fresco. Para todo tipo de pacientes Pediatrico - Adulto sin necesidad de cambio de fuelle o pistón. Ventilador de la misma marca que el sistema de anestesia.  • Parámetros de ventilación monitorizados y desplegados numérica o gráficamente en pantalla del ventilador o del monitor: FiO2. Interconstruído. Sensor o celda o tecnología paramagnética. Con capacidad de monitoreo en modo manual y automático. Volumen corriente. Volumen minuto. Presión media. Presión pico. PEEP. Despliegue gráfico de PVA (presión vías aéreas). Frecuencia respiratoria.  • Sistema de alarmas audibles y visibles: priorizadas en tres niveles con despliegue de mensajes de las mismas en español. Despliegue en máquina o en pantalla del ventilador o en el monitor de signos vitales: FiO2 (alta y baja). Vm (Volumen minuto, alta y baja). Presión baja de suministro de O2. Falla en el suministro eléctrico. Presión alta y baja de vías aéreas. Indicador en fuente de alimentación AC o DC. Apnea. Sensor de oxígeno: Falla o cambio del sensor de O2. Falla en la medición de O2 con técnica paramagnética. Falla en sensor de presión o flujo. Alarma de fuga.  • Vaporizadores: Dos vaporizadores a elección del usuario, con sistema de exclusión de uso simultáneo para dos vaporizadores  • Monitor de signos vitales: Preconfigurado o modular. Pantalla sensible al tacto o teclado sensible al tacto o de membrana o de perilla selectora. Pantalla tipo TFT o LCD. Tamaño 10.4” o mayor. Policromático. Configurable por el usuario. Batería de respaldo interconstruída o no-break de grado médico, con capacidad para 60 minutos o mayor. Software en español. Tendencias gráficas y numéricas para todos los parámetros de doce horas o más. Alarmas audiovisuales, priorizadas en tres niveles, con despliegue de mensajes y configurables por el usuario. Por los menos seis trazos simultáneos.  • Parámetros en monitor de signos vitales monitoreados y desplegados en pantalla del ventilador o del monitor:  Frecuencia cardiaca, ECG en al menos tres o más derivaciones. Despliegue simultáneo de tres canales. Análisis del segmento ST. Análisis de arritmias. SPO2: Despliegue numérico y gráfico. Al menos un canal de temperatura. Presión arterial no invasiva: Ajuste automático de presión de acuerdo al tipo de paciente. Respiración: Por impedancia. Despliegue numérico y de curva.: valor de CO2 inspirado y espirado y despliegue de curva de CO2. Presión invasiva: Al menos un canal con capacidad de agregar un segundo canal. Etiquetado de la posición de un transductor. Ajuste automático de escalas y filtros. Gases: Monitoreo de oxígeno inspirado. Monitoreo de N2O inspirado y espirado. Medición e identificación automática de agentes anestésicos inspirados y espirados. Despliegue de la concentración alveolar mínima (CAM). Detección de mezclas de agentes anestésicos con despliegue de las concentraciones de los agentes mezclados. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | • Un circuito de paciente reusable y esterilizable con tubos corrugados de al menos 1.2 m de longitud, pieza en "Y" y codo.  • Mascarilla transparente, reusable, libre de látex y esterilizable: una tamaño adulto y una tamaño pediátrico.  • Bolsa para ventilación reusable, esterilizable y libre de látex: una de 1 l, una de 2 l y una de 3 l; +/- 10%.  • Un cable troncal, un sensor tipo dedal y un sensor multisitio, ambos reusables, para oximetría de pulso.  • Un sensor reusable de temperatura (de piel o de superficie) y un sensor de temperatura esofágico o rectal.  • Brazalete reusable para medición de la presión no invasiva, uno adulto, uno adulto obeso y uno pediátrico, una manguera con  • conector para los brazaletes.  • Un cable troncal y un cable de paciente para ECG de tres puntas | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 38**  **MESA ALTA DE 120 CM. CON CUBIERTA DE ACERO INOXIDABLE** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-CUBIERTA LISA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304 CAL. 16; ACABADO PULIDO CON RECUBRIMIENTO (TIPO APCOSEAL O SIMILAR EN LA PARTE INFERIOR D ELA CUBIERTA  2.-ESTRUCTURA DE TUBO DE ACERO CAL. 18 DE 32X32MM (11/4"X11/4") ACABADO EN PINTURA COLOR ARENA  3.-LAMINA DE ACERO CAL. 20 ACABADO EN PINTURA COLOR ARENA  4.-REGATON DE ALUMINIO DE 25 MM. (1") DE DIAMETRO CON ALTURA AJUSTABLE. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 39**  **MESA ALTA DE 180 CM. CON CUBIERTA DE ACERO INOXIDABLE** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-CUBIERTA LISA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304 CAL. 16; ACABADO PULIDO CON RECUBRIMIENTO (TIPO APCOSEAL O SIMILAR EN LA PARTE INFERIOR D ELA CUBIERTA  2.-ESTRUCTURA DE TUBO DE ACERO CAL. 18 DE 32X32MM (11/4"X11/4") ACABADO EN PINTURA COLOR ARENA  3.-LAMINA DE ACERO CAL. 20 ACABADO EN PINTURA COLOR ARENA  4.-REGATON DE ALUMINIO DE 25 MM. (1") DE DIAMETRO CON ALTURA AJUSTABLE. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 40**  **MESA CARRO ANESTESIÓLOGO** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- CAJONES POR AMBOS LADOS DE LAMINA DE ACERO INOXIDABLEE TIPO AISI-304 CAL.20, SOLDADO CON JALADERAS INTEGRADAS ACABADO PULIDO Y CERRADURAS TIPO ESCRITORIO LATERAL Y FRONTAL.  2.- CUERPO DE LAMINA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304 CAL.18, ACABADO PULIDO.  3.- ESTRUCTURA DE PERFIL TUBULAR REDONDO DE LAMINA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304 DE 1.58MM. (1") DE DIAMETRO; ACABADO PULIDO, CON REFUERZO DE PERFIL TUBULAR DE LAMINA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI -304 DE 1.58 MM. (5/8") DE DIAMETRO ACABADO PULIDO.  4.- PROTECTOR PERIMETRAL DE LAMINA DE ACERO TIPO AISI-304 DE 1.58MM. CAL.16, DE UNA SOLA PIEZA; ACABADO PULIDO.  5.- RUEDAS DE HULE DE 100 MM. (4") DE DIAMETROCOLOR NEGRO.  6.- DIMENSIONES: 70CMX105CMX44CM (LARGO, ALTO, ANCHO) | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 41**  **MESA DE 150 CM. PARA ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | * Estructura esmaltada * Cubierta de acero inoxidable * Estadímetro graduado de aluminio * Colchón forrado de vinil lavable en color negro * Regatón ajustable de aluminio * Medidas generales: 150 x 60 x 90 cm | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 42**  **MESA DE 180 CM. PARA ENSAMBLE CON REPISA INTERMEDIA** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- CUBIERTA LISA DE LAMINA DE ACERO INOXIDABLE TIPI AISI-904 CAL. 16 ACABADO PULIDO.  2.- ESTRUCTURA DE TUBO DE ACERO CAL. 18 DE 32X32 MM (1 ¼” X 1 ¼”)  3.- REGATON DE ALUMINIO DE 25 MM (1”) DE DIAMETRO CON ALTURA AJUSTABLE.  4.- TUBO DE LAMINA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304 CAL. 18 DE 13X13 MM (1/2 X ½) Y CHAROLAS DE LAMINA DE ACERO INOXIDABLE PITO AISI-304, CAL. 18 ACABADO PULIDO6.- DIMENSIONES: 119CMX90CMX40CM (LARGO, ALTO, ANCHO) | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 43**  **MESA DE EXPLORACIÓN CON PIERNERAS** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | Equipo semifijo para realizar la exploración física del paciente en posición de decúbito.  1. Mesa de exploración construida en lámina y con las siguientes dimensiones: altura de 80 cm como mínimo, longitud total de 180 cm como mínimo, ancho de 55 cm como mínimo.  1.1 Con tres secciones: Dorso con movimiento neumático para elevación continua ajustable de 0 a 80 grados mayor. Pélvica.  Miembros inferiores, deslizables o abatibles.  1.2 Colchón desmontable con cubierta de vinil.  1.3 Pintura anticorrosiva en acabado mate.  1.4 Porta rollo de papel integrado.  1.6 PUERTAS DELIZABLES laterales  1.7 Escalón deslizable integrado.  1.8 Cubierta antiderrapante.  1.9 Charola recolectora de líquidos.  1.10 Taloneras retractiles integradas, pierneras tipo Goeopel acojinadas con fijadores. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  | Pierneras y taloneras de aluminio. | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 44**  **MESA DE MAYO O SIMILAR** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1. Mesa semirodable para colocación de charolas de instrumental  2. Con aro porta charola de 1 pulgada de espesor en acero inoxidable tipo AISI 304 calibre 12, soldado a co-lumna deslizable en acero inoxidable tubular redondo calibre 18 de 1 pulgada de diámetro,  3. Ensamblados a columna fija de tubo de acero inoxidable calibre 18 de 1 ¼ de pulgada de diámetro  4. Con base de perfil tubular cuadrado de lámina de acero inoxidable calibre 14 de 2 pulgadas X 2 pulgadas de espesor con contrapesos en plomo, soportados a 2 gomas ahuladas y 2 rodajas de 2 pulgadas de diámetro de libre giro soporte acabado Zinc, llanta de plástico poliolefina (para evitar los residuos), que resista al menos 75 libras cada llanta para mayor resistencia.  5. Unido a la estructura mediante cuerda de alta resistencia preferentemente de 3/8 X 1 ¼ de pulgada.  6. Sistema opresor para colocar la columna deslizable a diferentes alturas a base de perilla opresora de acero inoxidable fácil de accionar con mecanismo de diseño especial que garantice una fijación estable y excelente presentación conforme evaluación del personal técnico asignado.  7. Todos los acabados deberán ser con cantos pulidos sin rebabas o residuos que pudieran provocar algún daño.  8. Todo el acero inoxidable deberá ser AISI 304 acabado pulido sanitario. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 45**  **MESA PARA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | 1.- Base de perfil tubular:  1.1.- Redondo de 38.1 mm (1 ½”) de diámetro calibre 16.  1.2.- Travesaños en tubular de 25.4 mm (1”) de diámetro.  1.3.- Recubierta con pintura horneada electrostática en polvo.  1.4.- Altura de los travesaños de 20 cm como mínimo con respecto al piso.  1.5.- Con niveladores.  2.- Dimensiones:  2.1.- Altura total entre 85 cm y 90 cm.  2.2.- Longitud total de la superficie acojinada de 170 cm como mínimo.  2.3.- Ancho de 60 cm como mínimo.  3.- Superficie de la mesa forrada en lámina de acero inoxidable calibre 20 tipo 304. Con cubierta dividida en tres secciones: 3.1.- Dorso:  3.1.1.- Con sistema de abatimiento tipo candado.  3.1.2.- Con elevación continua ajustable de -10 a 70 grados como mínimo.  3.2.- Pélvica:  3.2.1.- Con sistema de elevación de 15° como máximo.  3.2.2.- Con vertedero en lámina de acero inoxidable calibre 20 tipo 304, para desalojar o desechar material de curación hacia la cubeta.  3.2.3.- Mecanismo para fijación del soporte de pierneras y taloneras.  3.2.4.- El soporte de las pierneras deberá ser en barra de acero al carbón redondo de 16 mm. (5/8”) cromada.  3.2.5.- Pierneras de aluminio sin poros y acabado con pintura horneada electrostática en polvo.  3.2.6.- Taloneras de aluminio sin poros y acabado con pintura horneada electrostática en polvo.  3.3.- Miembros inferiores (piecera):  3.3.1.- Con sistema de abatimiento. Que bascule a 90 grados como mínimo sin apoyarse sobre la estructura de la mesa.  4.- Con colchón de hule espuma de poliuretano de alta densidad de 24 Kg firme por 5 cm de espesor.  5.- Funda del colchón en vinil color negro. Con costuras sin vivos y de 12 a 14 puntos por 2.54 cm ( 1 pulgada ) como mínimo.  6.- Banco de apoyo de un peldaño: Estructura en tubo redondo de acero calibre 18 de 0.6 mm (1/64”) de espesor y diámetro de 25.4 mm (1”) acabado cromado. Plataforma en lámina de acero calibre 18 de 0.6 mm (1/64”) de espesor acabado cromado. Cubierta de hule antiderrapante acabado estriado color negro. Regatones de hule color negro antiderrapantes. Que soporte un mínimo de 150 Kg.  7.- Cubeta de acero inoxidable calibre 20 tipo 304, acabado mate, asa de acero inoxidable redondo de 6.3 mm ( 1/4”) de diámetro. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Poste para infusiones con fijador. Hombreras (2). Cabecera (1). Barandales (2). | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 46**  **MESA PARA EXPLORACIÓN UNIVERSAL** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | Equipo semifijo para realizar la exploración física del paciente en posición de decúbito.  1. Mesa de exploración construida en lámina y con las siguientes dimensiones: altura de 80 cm como mínimo, longitud total de 185 cm como mínimo, ancho de 68 cm como mínimo.  1.1 Con tres secciones: Dorso con movimiento neumático para elevación continua ajustable de 0 a 80 grados mayor. Pélvica.  Miembros inferiores, deslizable o abatible.  1.2 Colchón desmontable con cubierta de vinil.  1.3 Pintura anticorrosiva en acabado mate.  1.4 Porta rollo de papel integrado.  1.5 Cajoneras frontales de alto impacto.  1.6 Cajoneras laterales derechas de alto impacto.  1.7 Escalón deslizable integrado.  1.8 Cubierta antiderrapante.  1.9 Charola recolectora de líquidos.  1.10 Taloneras retractiles integradas, pierneras tipo Goeopel acojinadas con fijadores. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 47**  **MESA PARA INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- BARANDAL DE ALAMBRON DE ACERO INOXIDABLE DE SECCION CIRCULAR CON 9.5 MM (3/8”) DE DIÁMETRO, ACABADO PULIDO SOLDADO A LA CUBIERTA.  2.- CUBIERTA DE ACERO INOXIDABLE, CALIBRE N°20 ACABADO PULIDO  3.- ENTREPAÑO DE ACERO INOXIDABLE, CALIBRE N°20; UNIDAD A LA ESTRUCTURA  4.- ESTRUCTURA DE PERFIL TUBULAR REDONDO DE ACERO, CALIBRE No. 18 CON POSTERS VERTICALES DE 25.54 MM (1”) DE DIÁMETRO, Y PERFIL TUBULAR REDONDO DEL MJISMO MATERIAL EN TRAVESAÑOS HORIZONTALES DE 12.7MM DE DIÁMETRO, ACABADO CROMADO.  5.- RODAJAS GIRATORIAS COMERCIALES TIPO SEMIPESADO, RUEDA DE HULE NATURAL COLOR NEGRO DE 101.1 MM. (4") DE DIÁMETRO; ACABADO CROMADO  6.- DIMENSIONES: 119CMX90CMX40CM (LARGO, ALTO, ANCHO) | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 48**  **MESA PASTEUR** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción** | 1. Mesa Pasteur con estructura de perfil tubular redondo de acero cal. 18  2. Con postes verticales de 2.54 cm (1”) de diámetro. Travesaños horizontales de perfil tubular redondo de acero de 1.27 cm (1/2”) de diámetro.  3. Barandal (soldado a cubierta) de alambrón de acero inoxidable de sección circular de 9.5 mm (3/8”) de diá-metro, acabado pulido.  4. Cubierta de acero inoxidable cal. 20.  5. Entrepaño (unido a la estructura) de acero inoxidable cal. 22  6. Ruedas de hule natural negro de 101.1 mm (4”) de diámetro y Rodajas giratorias comerciales tipo semipe-sado.  7. Acabado cromado.  8. Dimensiones aproximadas 100 x 64 x 47 (39 2/5 x 25 1/5" x 18.5”) | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 49**  **MESA PUENTE** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- COLUMNA EN LÁMINA DE ACERO CAL. 18 ACABADO CROMADO.  2.- COLUMNA TELESCOPICA DE LÁMINA EN ACERO CAL. 18 ACABADO EN PINTURA COLOR ARENA.  3.-CUBIERTA DE LAMINA CAL.18 ACABADO LAMINADO PLASTICO COLOR TEKA EN LA PARTE SUPERIOR Y PINTURA COLOR ARENA EN LA PARTE INFERIOR DE LA CUBIERTA DE TRIPLAY DE PINO DE 19MM (3/4”) DE ESPESOR EN LAMINADO PALSTICO COLOR TEKA.  4.-RODAJA DE DOBLE HUELLA TIPO YOYO DE NYLON DE 2” | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 50**  **MESA QUIRÚRGICA PARA OBSTETRICIA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.MESA QUIRURGICA PARA FACILITAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, CON POSICIONES ADE-CUADAS PARA EL PACIENTE Y EL CIRUJANO.  2.- MESA RODABLE CON SISTEMA DE FRENOS  3.- LONGITUD TOTAL CON CABECERA Y PIERNAS DE 205 CM (+/- 5 CM).  4.- CON BASE DE ACERO INOXIDABLE O ACERO AL CROMO NIQUEL.  5.- COLUMNA DE ACERO INOXIDABLE O ACERO AL CROMO NIQUEL.  6.- BASTIDOR O ESTRUCTURA DE LA SUPERFICIE Y RIELES LATERALES BASTIDORES Y ACCESORIOS EN ACERO INOXIDABLE O ACERO AL CROMO NIQUEL.  7.- RADIOTRANSPARENTE EN TODAS LAS SECCIONES DE LA MESA EXCEPTO LA CORRESPONDIENTE A LA DE LA COLUMNA.  8.- MESA CON SECCIONES:  9.- CABECERA CON AJUSTES DE FLEXION CONTINUA ARRIBA 30 GRADOS, ABAJO 45 GRADOS.  10.- DORSO CON ELEVADOR DE RIÑON INTEGRADO DE MINIMO 120MM.  11.- CON SISTEMA PARA DAR POSICION DE NEFRECTOMIA (LA MESA DEBE TENER LA CAPACIDAD PARA DAR LA POSICION).  12.- PELVIS Y MIEMBROS PELVICOS EN PLACAS INDEPENDIENTES, DESMONTABLES Y ABATIBLES Y CON MOVIMIENTO DE TIJERA.  13.- MOVIMIENTOS ELECTROHIDRAULICOS A TRAVES DE DOS CONTROLES REMOTO UNO ALAM-BRICO PARA USO COTIDIANO DEL CIRUJANO Y OTRO EN LA BASE DE LA COLUMNA PARA CONTRO-LAR CUALQUIER POSICION DESDE ESTE .  14.- ASCENSO Y DESCENSO DEL TABLERO  15.- TRENDELEMBURG MINIMO DE 30 GRADOS Y EN POSICION INVERSA MINIMO DE 30 GRADOS.  16.- LATERAL IZQUIERDO 20 GRADOS Y DERECHO 20 GRADOS.  17.- FOWLER MINIMO DE 75 GRADOS.  18.- UBICACION EXCENTRICA DE LA COLUMNA DE LA MESA, ACCESIBLE AL USO DE INTENSIFICA-DOR DE IMAGEN.  19.- CAPACIDAD DE CARGA MINIMA DEL PACIENTE DE 200 KG.  20.- CON DESPLAZAMIENTO LONGUITUDINAL | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | 1.-ARCO DE ANESTESIA CON FIJADORES.  1.-POSTE PARA INFUSIONES CON FIJADOR.  SOPORTE ACOJINADO PARA BRAZO CON FIJADOR (2 PIEZAS).  SOPORTE PARA HOMBROS ACOJINADOS CON FIJADORES (2 PIEZAS).  SOPORTES LATERALES ACOJINADOS CON FIJADORES (2 PIEZAS).  CINTURON PARA PACIENTES, CON FIJADORES.  PIERNERAS ARTICULADAS TIPO GOEPEL ACOJINADAS CON FIJADORES (2 PIEZAS). | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 51**  **MESA QUIRÚRGICA UNIVERSAL MECÁNICO-HIDRÁULICA BÁSICA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Mesa quirúrgica universal mecánico-hidráulica.  2.- Que soporte un peso de 160 Kg como mínimo.  3.- Con sistema de frenos.  4.- Longitud total con extensión de cabecera y piernas de 210 cm +/- 10 cm.  5.- Base con cubierta de acero inoxidable o acero al cromo níquel o polímero resistente al alto impacto.  6.- Cubierta de la columna en acero inoxidable o acero al cromo níquel.  7.- Estructura de la superficie en acero inoxidable o acero al cromo níquel o acero al carbón pintado y rieles laterales en acero inoxidable o acero al cromo níquel.  8.- Superficie radiotransparente accesible al equipo de rayos X.  9.- Mesa dividida en al menos cuatro secciones:  9.1.- Cabecera.  9.2.- Dorso.  9.3.- Pelvis.  9.4.- Miembros inferiores o piernas.  10.- Miembros inferiores o piernas en placas independientes, desmontables, abatibles de 0 a 90 grados como mínimo y con movimiento de tijera.  11.- Cabecera desmontable y con ajuste de flexión continua de +/- 20 grados como mínimo.  12.- La mesa debe tener la capacidad para dar la posición de nefrectomía.  13.- Movimientos mecánicohidráulicos:  13.1.- Elevación y descenso que cubra el rango de 70 a 110 cm. +/- 10 cm. Con respecto al piso.  13.2.- Fowler de 65 grados como mínimo.  13.3.- Trendelenburg de 25 grados como mínimo  13.4.- Trendelenburg inverso de 20 grados como mínimo  13.5.- Inclinación lateral, izquierda y derecha de 15 grados como mínimo.  14.- Accionamiento mecánico por medio de pedales y/o manivelas.  15.- Cojines eléctricamente conductivos o antiestáticos removibles sin costuras y de fácil limpieza.  16.- Accesorios Incluidos para cirugía general y ginecología (Accesorios de la misma marca de la mesa. Las partes metálicas de los accesorios deben ser en acero inoxidable o acero al cromo níquel):  16.1.- Arco de anestesia con fijadores.  16.2.- Soporte acojinado para brazo con fijador (2 piezas).  16.3.- Soporte para hombros acojinados con fijadores (2 piezas).  16.4.- Soportes laterales acojinados con fijadores (2 piezas).  16.5.- Cinturón para paciente con fijadores.  16.6.- Pierneras articuladas tipo Goepel con fijadores (2 piezas).  16.7.- Soporte de piernas para posición de litotomía.  16.8.- Charola portachasises de 35 x 43 cm (14 x 17 pulgadas). | | | | | |
| **Consumibles** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 52**  **MONITOR DE SIGNOS VITALES (BÁSICO)** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | EQUIPO QUE DETECTA, MIDE Y DESPLIEGA EN PANTALLA, DE FORMA CONTINUA MÚLTIPLES PARÁMATEROS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL PACIENTE.  1. MONITOR CONFIGURADO O MODULAR CON PANTALLA DE 12.1 PULGADAS.  2. CON CAPACIDAD PARA CONECTARSE A RED DE MONITOREO.  3. SALIDA ANALÓGICA DE ECG O SINCRONIA PARA DESFIBRILADOR.  4. PANTALLA A COLOR TECNOLOGIA LCD TFT O TECNOLOGIA SUPERIOR, TÁCTIL.  5. DESPLIEGUE DE CURVAS FISIOLOGICAS DE MAXIMO 15 CURVAS SIMULTÁNEAS.  6. MONITOREO DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS.  7. ECG  7.1 DESPLIEGUE SIMULTÁNEO DE 2 CURVAS, A ELEGIR DE 12 DERIVACIONES.  7.2 FUNCIÓN DE DESPLIEGUE SIMULTÁNEO DE HASTA 12 DERIVACIONES.  7.3 MONITOREO Y DESPLIEGUE DEL SEGMENTO ST EN TODAS LAS  DERIVACIONES MONITORIZADAS (AL MENOS TRES CANALES SIMULTANEOS).  7.4 DETECCION DE HASTA 16 ARRITMIAS.  7.5 DESPLIEGUE NÚMERICO DE FRECUENCIA CARDIACA.  7.6 PROTECCIÓN CONTRA DESCARGA DE DESFIBRILADOR.  7.7 DETECCION DE MARCAPASOS.  8. SPO2:  8.1 CURVA DE PLETISMOGRAFIA.  8.2 DESPLIEGUE NUMÉRICO DE SATURACIÓN DE OXIGENO.  8.3 DESPLIEGUE NUMÉRICO DEL ÍNDICE DE PERFUSIÓN.  9. RESPIRACIÓN:  9.1 CURVA DE RESPIRACIÓN.  9.2 DESPLIEGUE NUMERICO DE FRECUENCIA RESPIRATORIA.  10. TEMPERATURA:  10.1 DESPLIEGUE NUMÉRICO DE AL MENOS DOS TEMPERATURAS CON CRECIMIENTO A UN 3ER A FUTURO  10.2 MEDICION DE LA DIFERENCIA DE TEMPERATURA.  11. PRESION NO INVASIVA  11.1 DESPLIEGUE NUMÉRICO DE PRESION NO INVASIVA (SISTOLICA,  DIASTOLICA Y MEDIA).  11.2 MODOS PARA LA TOMA DE PRESION: MANUAL Y AUTOMATICA A  DIFERENTES INTERVALOS DE TIEMPO.  11.3 CONTAR CON GASTO CARDIACO MEDIANTE MÉTODO NO INVASIVO SIN NECESIDAD DE AGREGAR CONSUMIBLES ADICIONALES. (  12. PRESION INVASIVA:  12.1 EN AL MENOS DOS CANALES, CON CAPACIDAD DE CRECIMIENTO DE HASTA 3 CANALES.  12.2 ETIQUETADO DEL SITIO DE MEDICION DE AL MENOS SEIS DE LOS  SIGUIENTES: PRESIÓN ARTERIAL, PRESION VENOSA CENTRAL, PRESION  GENERICA O ESPECIAL O DEFINIDA POR EL USUARIO, ARTERIO PULMONAR,  INTRACRANEAL, AURICULA DERECHA, AURICULA IZQUIERDA, PRESION ARTERIO  UMBILICAL, PRESIÓN VENOSA UMBILICAL.  13. CAPNOGRAFIA:  13.1 POR MEDIO DE MAINSTREAM O SIDESTREAM O MICROSTREAM.  13.2 DESPLIEGUE DE CURVA Y VALORES NUMÉRICOS INSPIRADO Y ESPIRADO.  13.3 MEDIANTE SENSOR PROXIMAL CON ESPACIO MUERTO DE 1 ML Y PESO MENOR O IGUAL A 6 GRAMOS Y CERTIFICACIÓN IP DE ALTO IMPACTO. QUE CUBRA DESDE NEONATO HASTA ADULTO.  14. TENDENCIAS GRAFICAS Y NUMERICAS DE 72 HORAS COMO MINIMO DE TODOS LOS PARAMETROS, SELECCIONABLES POR EL USUARIO. CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE EVENTOS.  15. QUE CUBRA DESDE NEONATO HASTA ADULTO.  16. ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES PRIORIZADAS EN AL MENOS  TRES NIVELES CON FUNCION QUE PERMITA REVISAR Y MODIFICAR  LOS LIMITES SUPERIOR E INFERIOR DE LOS SIGUIENTES  PARAMETROS:  16.1 SATURACIÓN DE OXÍGENO.  16.2 FRECUENCIA CARDICA.  16.3 PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (SISTOLICA, DIASTOLICA).  16.4 TEMPERATURA.  16.5 FRECUENCIA RESPIRATORIA.  16.6 CO2  16.7 PRESION INVASIVA.  17. ALARMA DE APNEA.  18. ALARMA DE ARRITMIA.  19. ALARMA DEL SISTEMA QUE INDIQUE EL ESTADO DE FUNCIONAMIENTO DEL MONITOR.  20. CON SILENCIADOR DE ALARMAS.  21. SISTEMA PARA FIJACION DE CADA MONITOR: MONTAJE DE PARED.  22. FUNCIÓN O PERFIL DE CALCULOS HEMODINAMICOS.  23. FUNCIO O PERFIL DE CALCULOS DE VENTILACIÓN O PULMONARES Y DE OXIGENACIÓN.  24. CAPACIDAD A FUTURO DE VISUALIZACIÓN VÍA REMOTA DE CURVAS Y TENDENCIAS DESE CUALQUIER DISPOSITIVO DENTRO Y FUERA DE  LA UNIDAD MÉDICA.  25. CAPACIDAD A FUTURO DE INTERFACE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA HL7 DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DEL  FABRICANTE.  26. EL MONITOR DE SIGNOS VITALES DENBERÁ SER COMPATIBLE PARA PACIENTES NEONATALES, PEDIATRICOS Y ADULTO  27. DEBERÁ CUMPLIR CON LA ENTREGA DE LOS ACCESORIOS DESCRITOS, MISMOS QUE DEBEN SER COMPATIBLES PARA UTILIZARSE EN PACIENTES NEONATALES, PEDIATRICOS Y ADULTOS. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | CONTAR CON PLACA Y BASE PARA MONTARSE EN PARED  100 ELECTRODOS PARA ECG  UN CABLE TRONCAL, UN SENSOR TIPO DEDAL REUSABLE PARA OXIMETRIA DE PULSO, UN SENSOR TIPO MULTISITIO PARA OXIMETRIA DE PULSO.  UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).  BRAZALETE REUSABLE PARA MEDICION DE LA PRESION NO INVASIVA, UNO PEDIÁTRICO Y UNO ADULTO, UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA BRAZALETES  UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE AL MENOS DIEZ PUNTAS.  PARA CO2 POR TÉCNICA MAINSTREAM: SENSOR REUSABLE, CABLE Y 30 ADAPTADORES DE VÍAS AEREAS DESECHABLES | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 53**  **MONITOR DE SIGNOS VITALES AVANZADO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.- Monitor modular con pantalla de 12.1 pulgadas como mínimo.  1.1.- Resolución de pantalla 1200 x 800 o superior.  2.- Con capacidad para conectarse a red de monitoreo de forma alámbrica o inalámbrica.  2.1.- Con capacidad de conectar una pantalla adicional de monitoreo.  3.- Salida analógica de ECG o sincronía para desfibrilación.  4.- Pantalla a color tecnología LCD TFT o tecnología superior con tecnología sensible al tacto.  5.- Despliegue de curvas fisiológicas en pantalla:  5.1.- Al menos 15 curvas simultáneas en pantalla principal.  5.2.- Al menos 30 curvas simultaneas al conectar las 2 pantallas.  5.3.- Pletismografía.  5.4.- Respiración.  5.5.- Hasta dos canales de presión arterial invasiva.  5.6.- Capnografía.  6.- Monitoreo de los siguientes parámetros.  7.- ECG:  7.1.- Despliegue simultáneo de al menos 2 curvas, a elegir de 12 derivaciones.  7.2.- Función de despliegue simultáneo de hasta 12 derivaciones.  7.3.- Monitoreo y despliegue del segmento ST en todas las derivaciones monitorizadas (al menos tres canales simultáneos).  7.4.- Detección de por lo menos 10 arritmias.  7.5.- Despliegue numérico de frecuencia cardiaca.  7.6.- Protección contra descarga de desfibrilador.  7.7.- Detección de marcapasos.  8.- SPO2:  8.1.- Curva de pletismografía.  8.2.- Despliegue numérico de saturación de oxígeno.  9.- Respiración:  9.1.- Curva de respiración.  9.2.- Despliegue numérico de frecuencia respiratoria.  10.- Temperatura:  10.1.- Despliegue numérico de al menos dos temperaturas.  10.2.- Medición de la diferencia de temperatura.  11.- Presión no invasiva:  11.1.- Despliegue numérico de presión no invasiva (sistólica, diastólica y media).  11.2.- Modos para la toma de presión: manual y automática a diferentes intervalos de tiempo.  12.- Presión invasiva:  12.1.- En al menos dos canales.  12.2.- Etiquetado del sitio de medición de al menos seis de los siguientes: presión arterial, presión venosa central, presión genérica o especial o definida por el usuario, arterio pulmonar, intracraneal, aurícula derecha, aurícula izquierda, presión arterio umbilical, presión venosa umbilical.  13.- Capnografía:  13.1.- Por medio de mainstream o sidestream o microstream.  13.2.- Despliegue de curva y valores numéricos inspirado y espirado.  14. - Tendencias gráficas y numéricas de 48 horas como mínimo de todos los parámetros, seleccionables por el usuario. Con capacidad de almacenamiento de eventos.  15.- Que cubra uso desde neonato hasta adulto.  16.- Alarmas audibles y visibles, priorizadas en al menos tres niveles con función que permita revisar y modificar los límites superior e inferior de los siguientes parámetros:  16.1.- Saturación de oxígeno.  16.2.- Frecuencia cardiaca.  16.3.- Presión arterial no invasiva (sistólica, diastólica, media).  16.4.- Temperatura.  16.5.- Frecuencia respiratoria.  16.6.- CO2  16.7.- Presión invasiva.  17.- Alarma de apnea.  18.- Alarma de arritmia.  19.- Alarmas del sistema que indiquen el estado de funcionamiento del monitor.  20.- Con silenciador de alarmas.  21.- Interface, menúes y mensajes en español.  22.- Sistema para fijación de cada monitor: montaje de pared.  23.- Función o perfil de cálculos hemodinámicos.  24.- Función o perfil de cálculos de ventilación o pulmonares y de oxigenación.  25.- Capacidad a futuro de visualización vía remota de curvas y tendencias desde cualquier dispositivo dentro y fuera de la  Unidad Médica, a través de una central de monitoreo o estación de trabajo.  26.- Capacidad a futuro de interface con el sistema de información hospitalaria mediante protocolo HL7 de acuerdo con la tecnología del fabricante.  27.- Capacidad a futuro de medir transmisión neuro muscular: TOF, DBS, TET y PTC.  28.- Capacidad a futuro de medir gases anestésicos: HAL, ISO, ENF, SEV, y DES. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  | Un cable troncal y dos sensores tipo dedal, reusables, para oximetría de pulso.  Un sensor reusable de temperatura (de piel o superficie) por cada canal.  Brazalete reusable para medición de la presión no invasiva, uno adulto y uno pediátrico, una manguera con conector para  los brazaletes.  Un cable troncal y un cable de paciente para ECG de al menos de seis puntas.  Un cable troncal y un cable de paciente para ECG de 10 puntas en caso de requerir despliegue simultaneo de las 12 derivaciones para calidad diagnóstica.  Para CO2 por técnica mainstream: sensor reusable y cable, adaptador de vías aéreas reusable ó 20 adaptadores de vías aéreas desechables.  Para CO2 por técnica sidestream: 10 trampas de agua (en caso de requerirse), 20 líneas de muestra y 10 adaptadores endotraqueales.  Para CO2 por técnica microstream: 20 líneas de muestra y 10 adaptadores endotraqueales.  Para medición de la presión invasiva incluir al menos: 1 cable troncal para transductor y un transductor reusable con 20 domos desechables ó10 kits de transductor desechable, por cada canal.  Un cable troncal y un sensor multisitio reusable para oximetría de pulso.  Un sensor reusable de temperatura (de piel o superficie) por cada canal.  20 brazaletes desechables para medición de la presión no invasiva neonatal en dos medidas diferentes, una manguera con conector para los brazaletes.  Un cable troncal y un cable de paciente para ECG de tres puntas.  Adaptador de vías aéreas neonatal reusable ó 20 desechables. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  | 300 electrodos para ECG adulto / pediátrico. | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 54**  **NEBULIZADOR CON DOSIFICADOR DE OXÍGENO** | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA |  | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA: | NEBULIZADOR CON DOSIFICADOR DE OXÍGENO.  EQUIPO ELÉCTRICO Y NEUMÁTICO, QUE GENERA PARTÍCULAS DE VAPOR PARA PROPORCIONAR AIRE, EN CONDICIONES DE HUMEDAD, TEMPERATURA Y OXÍGENO CONTROLADO, CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS SELECCIONABLES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS: NEBULIZADOR DE RESERVORIO REUTILIZABLE Y DESARMABLE EN TODAS SUS PARTES.  CON CAPACIDAD PARA SUMINISTRAR HUMEDAD Y AEROSOLTERAPIA.  CABEZA Y SISTEMA DE NEBULIZACIÓN.  TAMAÑO DE PARTÍCULAS.  VÁLVULA DE SEGURIDAD PARA SOBRECALENTAMIENTO.  CONECTOR NEUMÁTICO UNIVERSAL, DE ACUERDO A DISS PARA OXÍGENO, MANGUERA DE  ALTA PRESIÓN.  FIO2 REGULABLE.  ORIFICIO CON TAPA PARA LLENADO DE LA JARRA.  FILTRO.  FLUJO NOMINAL.  JARRA TRANSPARENTE, BASE, DISCO CON ROSCA PARA SUJETAR LA PLACA Y EL EMPAQUE, CAPACIDAD EN ML, MARCAS DE  LLENADO.  SISTEMA TÉRMICO DE PLACA EXTERNA: PARA COLOCARSE EN LA BASE DE LA JARRA, CONTROL PARA  REGULAR LA TEMPERATURA, AJUSTE DE LA TEMPERATURA CON ESCALA Y EQUIVALENCIA EN GRADOS CELSIUS Y FARENHEIT.  FUSIBLE TÉRMICO PARA EVITAR SOBRECALENTAMIENTO, INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO  ILUMINADO, CABLE PARA CONECTAR A LA CORRIENTE ALTERNA, CON CLIPS PARA SUJETARSE A LA JARRA CON AJUSTE.  MANGUERA, FLEXIBLE, CONECTORES PARA LA SALIDA DEL NEBULIZADOR Y LA ENTRADA DE LA TIENDA FACIAL.  TIENDA FACIAL CON SUJETADOR AJUSTABLE A LA CABEZA DEL PACIENTE, EN DIFERENTES TAMAÑOS. | | | | | | | | | |
| ACCESORIOS | CANT | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| REFACCIONES |  | | | | | | | | | |
| CONSUMIBLES |  | | | | | | | | | |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD SOLICITADA: | CANT | DESCRIPCIÓN | | NIVEL DE ATENCIÓN | | | | | | |
|  | ALIMENTACION: 120V/60HZ | | PRIMER | | | SEGUNDO | | | TERCER |
| DOCUMENTOS A ENTREGAR Y REQUISITOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA | MANUAL DE USUARIO Y GUÍA RÁPIDA EN ESPAÑOL | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE O JUSTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL LICITANTE EN CASO DE QUE NO APLIQUE | | | | | | | | | |
| ORIGINAL DE CATÁLOGOS, FOLLETOS, MANUALES, GUÍAS U OTRO NECESARIO PARA INDICAR LAS REFERENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL PARA GARANTÍA DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE INCLUYA LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO | | | | | | | | | |
| PREVENTIVO CON REFACCIONES Y VISITAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS NECESARIOS POR AL MENOS | | | | | 1 | | | AÑOS. | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE DONDE GARANTICE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL USUARIO EN LA CUAL SE INCLUYAN LAS EVALUACIONES CORRESPONDIENTES. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE PARA SOPORTE TÉCNICO Y REFACCIONES GARANTIZANDO AL MENOS 5 AÑOS. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE GARANTICE LA ENTREGA DE EQUIPO NUEVO. | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL | | COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO. | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: | |  | | |  | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN EXTRANJERO | | COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: CE, FDA, JIS | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 55**  **NEBULIZADOR ULTRASÓNICO CONTINUO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-Sistema generador de neblina a base de un transductor ultrasónico de alta frecuencia.  2.-Sistema controlado por microprocesador.  3.-Controles para flujo de neblina y/o densidad de neblina, encendido/apagado.  4.-Cámara de generador con alimentador automático de agua reusable y esterilizables.  5.-Sistema montable en soporte rodable.  6.-Sistema de alarma audiovisuales para caso de que se agote el agua y/o falla del sistema. 7.-Alimentación eléctrica grado medico con tierra física de 120 VAC ±10% a 60 Hz. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Base rodable e involcable con al menos 5 llantas 2 con freno. | | | | |
| 1 | Lo necesario para su puesta en funcionamiento. | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física.  Corriente eléctrica 110, 220v, 480v / 60 Hz. | | | | |
| **Consumibles:** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Lo necesario para su uso con al menos 5 pacientes diferentes. | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 56**  **NEGATOSCOPIO DOBLE** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1. Estructura:  1.1.- De acero inoxidable para uso en quirófanos.  1.2.- De acero al carbón (lámina negra) cal. 22 o mayor.  1.3.- De aluminio  2. Panel frontal de acrilico blanco de 2mm como mínimo.  3. Fuente de alimentación electrónica regulada.  4 Sistema para sujetar películas.  5.-Matriz o linea de LEDS de la misma tonalidad de color blanco puro.  6. La luminancia de los negatoscopios deberá ser al menos de 1000 cd/m2 o 3333 luxes para radiografía convencional, medido en el centro del campo visual.  7. La iluminación deberá ser homogenea con variación máxima de 15% entre una zona y otra.  8. Negatoscopios de doble campo o panel, deberán ser independientes en su funcionamiento y la variación de iluminación entre los mismos no deberá ser mayor al 15%. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 57**  **NEGATOSCOPIO SENCILLO** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1. Estructura:  1.1.- De acero inoxidable para uso en quirófanos.  1.2.- De acero al carbón (lámina negra) cal. 22 o mayor.  1.3.- De aluminio  2. Panel frontal de acrilico blanco de 2mm como mínimo.  3. Fuente de alimentación electrónica regulada.  4 Sistema para sujetar películas.  5.-Matriz o linea de LEDS de la misma tonalidad de color blanco puro.  6. La luminancia de los negatoscopios deberá ser al menos de 1000 cd/m2 o 3333 luxes para radiografía convencional, medido en el centro del campo visual.  7. La iluminación deberá ser homogenea con variación máxima de 15% entre una zona y otra. | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Consumibles :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación:** |  | **Descripción** | | | | |
|  | Corriente eléctrica 120V 60Hz | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas, en español o con traducción simple al español. | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 58**  **OXÍMETRO DE PULSO** | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA |  | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA: | * Pantalla anti-arañazos con espejo de diseño único * Para tamaño de un dedo, desde pediatría hasta adulto. * Valor de visualización de SPO2. * Fuerte anti-interferencia. * Función de desconexión automática. * Funcionamiento continuo, | | | | | | | | | |
| ACCESORIOS | CANT | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| REFACCIONES |  | | | | | | | | | |
| CONSUMIBLES | Baterías | | | | | | | | | |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD SOLICITADA: | CANT | DESCRIPCIÓN | | NIVEL DE ATENCIÓN | | | | | | |
|  |  | | PRIMER | | | SEGUNDO | | | TERCER |
| DOCUMENTOS A ENTREGAR Y REQUISITOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA | MANUAL DE USUARIO Y GUÍA RÁPIDA EN ESPAÑOL | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE O JUSTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL LICITANTE EN CASO DE QUE NO APLIQUE | | | | | | | | | |
| ORIGINAL DE CATÁLOGOS, FOLLETOS, MANUALES, GUÍAS U OTRO NECESARIO PARA INDICAR LAS REFERENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL PARA GARANTÍA DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE INCLUYA LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO | | | | | | | | | |
| PREVENTIVO CON REFACCIONES Y VISITAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS NECESARIOS POR AL MENOS | | | | | 1 | | | AÑOS. | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE DONDE GARANTICE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL USUARIO EN LA CUAL SE INCLUYAN LAS EVALUACIONES CORRESPONDIENTES. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE PARA SOPORTE TÉCNICO Y REFACCIONES GARANTIZANDO AL MENOS 5 AÑOS. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE GARANTICE LA ENTREGA DE EQUIPO NUEVO. | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL | | COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO. | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: | |  | | |  | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN EXTRANJERO | | COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: CE, FDA, JIS | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 59**  **MARTILO PERCUTOR** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1. Martillo Percutor  2. Con anillo de hule.  3. Mango de metal.  4. Grande. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 60**  **PORTACUBETA RODABLE** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-Cubeta de 12 litros fabricada en lámina de acero inoxidable tipo AISI 304 calibre 20 acabado pulido sanitario, en una sola pieza.  2.-Con soportes (orejas) del mismo material en calibre 18 troqueladas con un acabado sin sobrantes rebabas con el material de la misma resistencia mecánica en cordones completos, uniformes, devastados y pulidos.  3.-Asa de alambrón de acero inoxidable AISI 304 de al menos ¼ de pulgada de diámetro con acabado pulido.  4.- Portacubeta  4.1 Arillo de lámina de acero inoxidable, tipo ansi-304 calibre No. 12 de 38 mm. (1 ½'') de ancho, acabado pulido.  4.2 Banda de protección perimetral de hule negro.  4.3 Rodaja de hule negro (plana) de 41mm (1 5/8”) de diámetro, acabado cromado.  4.4 Soporte de acero inoxidable tipo ansi-304 calibre No. 12 de 38 mm. (1 ½”) de ancho, acabado pulido.  4.5 Tope de hule negro. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 61**  **PORTAVENOCLISIS RODABLE** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-BARRA DE EXTENSIÓN DE ACERO PARA VENOCLISIS DE 11.7 A 12.7 MM DE ( 7/16 “ A ½” ) DE DIAMETRO ACABADO CROMADO. CON CRUCETA CON GANCHOS DE ACERO DE 7.9 A 9.5 MM DE (5/6” A 3/8 “) DE DIÁMETRO ACABADO CROMADO  2.- BASE QUINTUPLE DE PERFIL DE LAMINA DE ACERO CAL 16 COMO MINIMO LASTRADO O FUNDICIÓN GRIS ACABADO EN PINTURA COLOR ARENA  3.- TUBULAR DE ACERO CAL 18 DE 25.4 mm A 31.7 mm (1” A1 ¼”) DE DIÁMETRO ACABADO CROMADO  4.-PERILLA PARA FIJACIÓN DE LA EXTENSIÓN TIPO TRINQUETE DE ACERO ACABADO CROMADO  5.-RODAJAS GIRATORIAS TIPO BOLA DE 50.8 mm (2”) DE HULE COLOR NEGRO ACABADO CROMADO | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 62**  **REANIMADOR DE ASISTENCIA VENTILATORIA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Programa | Dirección Médica | | | | | | | | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1. Reanimador pulmonar manual neonatal, pediátrico y adulto.  2. Desarmable y esterilizable en vapor.  3. Bolsa de silicona transparente o semitransparente.  4. Autoinflable.  5. Volumen de la bolsa de 320 ml como máximo.  6. Volumen máximo entregado en el rango de 100 a 180 ml.  7. Válvula de no reinhalación de baja resistencia espiratoria.  8. Válvula de seguridad que limite la presión en vías respiratorias a 40 +/- 5 cm H2O.  9. Mascarillas de la misma marca y modelo tamaño 0 y 1, transparentes, de sellado hermético y esterilizables en vapor.  10. Rotación de 360° entre la mascarilla y la válvula hacia el paciente.  11. Conexión para oxígeno suplementario.  12. Consumibles: Mascarillas de la misma marca y modelo. | | | | | | | | | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Estuche de plástico con asa para guarda y protección. | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Reservorio de oxígeno con capacidad de 600 ml como mínimo | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Válvula de PEEP ajustable y reutilizable (sólo para uso en áreas críticas). | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Línea de oxígeno reusable para alimentación suplementaria de oxígeno. | | | | | | | | | | | | |
| **Refacciones** |  |  | | | | | | | | | | | | |
| **Consumibles** |  |  | | | | | | | | | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | | | | Nivel de atención | | | | | | | |
|  |  | | | | | ~~Primer~~ | | | | **~~Segundo~~** | | | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | | | | | | | | | |
|  | Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | | | | | | | | |
|  | Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | | | | | | | | |
|  | Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante que incluya las visitas de mantenimiento | | | | | | | | | | | | | |
|  | preventivo con refacciones y visitas de mantenimiento correctivos necesarios por al menos | | | | | | | | | 1 | | | años. | |
|  | Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Demostrar cumplir con los certificados de calidad en documentos: | | | | |  | | | |  | | |
|  | Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Demostrar cumplir con los certificados de calidad en documentos: | | | | | |  | | | |  | |
|  |  | | Certificados de calidad opcionales: | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 63**  **RESUCITADOR PARA RECIÉN NACIDOS** | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA |  | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA: | EQUIPO PARA AYUDAR A RESTABLECER LA FUNCIÓN DE LA VENTILACIÓN POR MÉTODO NO INVASIVO, EN PACIENTES NEONATOS, PEDIÁTRICOS Y ADULTOS. CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS, SELECCIONABLES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS: BOLSA DE DOBLE CUBIERTA O CUBIERTA SENCILLA. AUTOINFLABLE.  DESARMABLE Y ESTERILIZABLE. VÁLVULA DE NO REINHALACIÓN DE BAJA RESISTENCIA ESPIRATORIA. RESERVORIO DE OXÍGENO CON CAPACIDAD EN ML. CONEXIÓN PARA OXÍGENO SUPLEMENTARIO. CONECTORES PARA EL PACIENTE.  VOLUMEN DE LA BOLSA. RESISTENCIAS INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA MÁXIMAS EN AGUA/LITRO/SEGUNDO. | | | | | | | | | |
| ACCESORIOS | CANT | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| REFACCIONES |  | | | | | | | | | |
| CONSUMIBLES |  | | | | | | | | | |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD SOLICITADA: | CANT | DESCRIPCIÓN | | NIVEL DE ATENCIÓN | | | | | | |
|  |  | | PRIMER | | | SEGUNDO | | | TERCER |
| DOCUMENTOS A ENTREGAR Y REQUISITOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA | MANUAL DE USUARIO Y GUÍA RÁPIDA EN ESPAÑOL | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE O JUSTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL LICITANTE EN CASO DE QUE NO APLIQUE | | | | | | | | | |
| ORIGINAL DE CATÁLOGOS, FOLLETOS, MANUALES, GUÍAS U OTRO NECESARIO PARA INDICAR LAS REFERENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL PARA GARANTÍA DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE INCLUYA LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO | | | | | | | | | |
| PREVENTIVO CON REFACCIONES Y VISITAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS NECESARIOS POR AL MENOS | | | | | 1 | | | AÑOS. | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE DONDE GARANTICE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL USUARIO EN LA CUAL SE INCLUYAN LAS EVALUACIONES CORRESPONDIENTES. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE PARA SOPORTE TÉCNICO Y REFACCIONES GARANTIZANDO AL MENOS 5 AÑOS. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE GARANTICE LA ENTREGA DE EQUIPO NUEVO. | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL | | COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO. | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: | |  | | |  | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN EXTRANJERO | | COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: CE, FDA, JIS | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 64**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA ASEPSIA** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | CANTIDAD   |  | | --- | | 1 PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLENGER, RECTA, ESTRIADA, LONGITUD DE 240 A 250 MM. | |  | | 1 RIÑON DE ACERO INOXIDABLE, 1000 ML DE CAPACIDAD | |  | | 1 RIÑON DE ACERO INOXIDABLE, 500 ML DE CAPACIDAD | |  | | 1 VASO METALICO GRADUADO: 1000 ML | |  | | 1 VASO METALICO GRADUADO: 30 ML | |  | | 1 CHAROLA MAYO DE ACERO INOXIDABLE DIMENSIONES: 49 X 32 CM. | | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 65**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA CESÁREA. GINECOLOGÍA** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | CANTIDAD  1 SEPARADOR FARABEUF, JUEGO DE 2, LONGITUD DE 150 A 155 MM.    2 PINZA ESTANDAR, RECTA, SIN DIENTES, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD DE 140 A 150 MM.    2 PINZA ESTANDAR, RECTA, CON 1 X 2 DIENTES , LONGITUD DE 130 A 140 MM.    1 PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLENGER, RECTA, ESTRIADA, LONGITUD DE 240 A 250 MM.    4 PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLENGER, CURVA,ESTRIADA, LONGITUD DE 240 A 250 MM.    1 TIJERA MAYO, CURVA, LONGITUD DE 170 MM.    1 TIJERA MAYO, RECTA, LONGITUD DE 170 MM.    1 TIJERA METZEMBAUM, CURVA, FINA, LONGITUD 18 CM.    12 PINZA CRILE O CRILE-RANKIN, CURVA, SIN DIENTES, LONGITUD DE 155 A 160 MM.    12 PINZA ALLIS, CON 5 X 6 DIENTES, LONGITUD DE 250 A 260 MM.    2 PORTA AGUJA MAYO HEGAR, RECTO, SIN RANURA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 20 CM.  2 CANULA YANKAWER, CON BOTON DESATORNILLABLE. LONGITUD 27 O 22 CM.    2 BISTURI QUIRURGICO, MANGO NO. 4    6 PINZA PEAN O ROCHESTER PEAN, CURVA, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD DE 180 A 185 MM.    6 PINZA BACKHAUS, LONGITUD DE 130 A 140 MM.     1. PINZA ADLERKREUTZ, CON DIENTES 4 X 5, LONGITUD DE 200 MM.   2 PINZA PEAN O ROCHESTER PEAN, CURVA, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD DE 200 A 205 MM.    2 PINZA ROCHESTER OCHSNER O KOCHER OCHSNER, RECTA, CON DIENTES, LONGITUD DE 200 A 205 MM.    1 PORTA AGUJA HEGAR O MAYO HEGAR, RECTO, CON RANURA CENTRAL, LONGITUD DE 24O MM.    1 CHAROLA MAYO DE ACERO INOXIDABLE DIMENSIONES: 49 X 32 CM.    1 CUBETA P/CONTENED.3/4 PERF.ALTURA:120MM    1 3/4 CESTA PERF.406X253X76MM    1 PRIMELINE 3/4 TAPA OCRE | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 66**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA GENERAL INTEGRADA** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | CANTIDAD  1 PINZA ADLERKREUTZ, CON 4 X 5, DIENTES, LONGITUD DE 200 MM.    4 PINZA ALLIS, CON 5 X 6 DIENTES, LONGITUD DE 250 A 260 MM.    1 SEPARADOR FARABEUF, JUEGO DE 2, LONGITUD DE 120 A 125 MM.    2 TIJERA METZEMBAUM, CURVA, FINA, LONGITUD 18 CM. 2    8 PINZA BACKHAUS, LONGITUD DE 150 A 155 MM.    15 PINZA CRILE O CRILE-RANKIN, CURVA, SIN DIENTES, LONGITUD DE 155 A 160 MM.    2 CANULA YANKAWER, CON BOTON DESATORNILLABLE. LONGITUD 22 O 27 CM.    2 PORTA AGUJA MAYO HEGAR, RECTO, SIN RANURA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 20 CM.    2 PINZA ESTANDAR, RECTA, CON 1 X 2 DIENTES , LONGITUD DE 130 A 140 MM.    2 PINZA ESTANDAR, RECTA, SIN DIENTES, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD DE 140 A 150 MM.    1 PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLENGER, RECTA, ESTRIADA, LONGITUD DE 240 A 250 MM.    6 PINZA BABCOCK, RECTA, LONGITUD DE 170 A 200 MM.    2 BISTURI QUIRURGICO, MANGO NO. 4    6 PINZA PEAN O ROCHESTER PEAN, CURVA, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD DE 160 A 165 MM.    6 PINZA ALLIS O THOMS-ALLIS, CON 6 X 7 DIENTES, LONGITUD 200 A 205 MM. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 67**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA MENOR. CIRUGÍA GENERAL** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | Pza  1 Pinza Foerster o Foerster-Ballenger, recta, estriada, longitud de 180 a 200 mm.  2 Pinza Foerster o Foerster-Ballenger, curva, estriada, longitud de 180 a 200 mm.  4 Pinza Backhaus, longitud de 80 a 90 mm.  1 Bisturí quirúrgico mango Nº 3, corto.  1 Mango para bisturí del Nº 4, corto.  1 Tijera Mayo, recta, longitud de 140 a 145 mm.  1 Tijera Iris, curva, con insertos de carburo de tungsteno, de 110 a 120 mm de longitud.  1 Tijera Iris, recta, con insertos de carburo de tungsteno, de 110 a 120 mm de longitud.  1 Tijera Metzembaum, curva, fina, puntas romas, longitud 14 cm.  1 Tijera Metzenbaum o Baby Metzenbaum, curva, con insertos de carburo de tungsteno, de 140 a 150 mm de longitud.  1 Pinza estándar, sin dientes, de 100 mm a 110 mm de longitud.  1 Pinza estándar, de 1 x 2 dientes, de 100 mm a 110 mm de longitud.  1 Pinza estándar, recta, con 1 x 2 dientes, longitud de 130 a 140 mm.  1 Pinza estándar, recta, sin dientes, estrías transversales, longitud de 140 a 150 mm.  1 Pinza Adson, sin dientes, 110 a 120 mm de longitud.  1 Pinza Adson, con 1 x 2 dientes, longitud de 110 a 125 mm.  4 Pinza Hartman o Baby Mosquito, recta, longitud de 90 a 100 mm.  6 Pinza Hartman o Baby Mosquito, curva, longitud de 90 a 100 mm.  6 Pinza Halsted Mosquito, curva, sin dientes, longitud de 120 a 130 mm.  4 Pinza Kelly, curva, con estrías transversales, longitud 14 cm.  4 Pinza Pean o Rochester Pean, curva, estrías transversales, longitud de 180 a 185 mm.  6 Pinza Allis atraumática, longitud de 155 a 160 mm.  4 Pinza Kocher, recta, con dientes, longitud de 140 mm.  4 Separador Senn o Baby Senn-Miller o Senn-Mueller, de doble extremo, con 3 garfios romos, longitud de 160 a 170 mm.  1 Separador Farabeuf, juego de 2, longitud de 120 a 125 mm.  1 Separador Richardson, valva de 20 a 28 mm X 20 a 25 mm, longitud de 240 a 245 mm.  1 Porta aguja Crile Wood, recto, quijada estriada, con insertos de carburo de tungsteno, longitud de 145 a 150 mm.  1 Porta aguja Halsey, recto, con ranura central, con insertos de carburo de tungsteno, longitud de 130 a 135 mm.  1 Cánula Yankauer, con botón desatornillable. Longitud 27 ó 22 cm  1 Charola Mayo, de acero inoxidable. Dimensiones: 49 x 32 cm.  1 Riñón de acero inoxidable, 1000 ml de capacidad.  1 Vaso metálico: 100 ml | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 68**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA CURACIÓN PARA HOSPITAL** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | SET DE INSTRUMENTAL TOTALMENTE EN ACERO INOXIDABLE GRADO MÉDICO QUE CONSTE DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:  1 P INZA C R IL LE C UR VA D E 14 C M  1 P INZA D E D IS E C C IO N C O N D IE NT E S D E 14 C M  1 P INZA D E D IS E C C IO N S IN D IE NT E S D E 14 C M  1 R IÑO N DE AC E R O INO XID AB L E D E 500 ML  1 T IJ E R A MAY O R E C TA D E 14 C M  1 T IJ E R A ME TZE MB AUM C UR VA D E 14 C M | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Charola para esterilización con capacidad de almacenamiento para el set completo. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 69**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA LEGRADO. GINECOLOGÍA** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | CANTIDAD  1 PINZA BOZEMANN, CURVA, EN FORMA DE "S" CON ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD DE 240 A 260 MM.  1 CUCHARILLA RECAMIER-SIMS-BUM, FLEXIBLE, CORTANTE, ANCHO DE 12 A 12.5 MM.    1 HISTEROMETRO SIMS, CURVO, CON GRADUACION Y BOTON EN LA PUNTA, 4 MM. DE DIAMETRO, 31 CM. DE LONGITUD    2 SEPARADOR DOYEN, VALVA DE 45 MM. X 55 A 62 MM., LONGITUD DE 240 MM.    2 SEPARADOR DOYEN, VALVA DE 60 MM. X 85 A 92 MM., LONGITUD DE 240 MM.    1 PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLENGER, RECTA, ESTRIADA, LONGITUD DE 240 A 250 MM.    2 PINZA POZZI, LONGITUD 24 CM.    4 PINZA BACKHAUS, LONGITUD DE 130 A 140 MM.    2 PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLENGER, CURVA,ESTRIADA, LONGITUD DE 240 A 250 MM.    1 DILATADOR HEGAR, JUEGO DE 8 PIEZAS, DE DOBLE EXTREMO, PUNTA CONICA, CALIBRE DE 1 A 16 MM.    1 CUCHARILLA RECAMIER-SIMS-BUM, FLEXIBLE, CORTANTE, ANCHO DE 9 A 10.5 MM.    1 CHAROLA MAYO DE ACERO INOXIDABLE DIMENSIONES: 49 X 32 CM.    1 CUCHARILLA RECAMIER-SIMS-BUM, FLEXIBLE, CORTANTE, ANCHO DE 7 A 7.5 MM.    2 PINZA CRILE O CRILE-RANKIN, CURVA, SIN DIENTES, LONGITUD DE 155 A 160 MM.    1 VASO METALICO GRADUADO: 30 ML  1 SEPARADOR SIMS, PARA HISTERECTOMIA, CON VALVAS EN AMBOS EXTREMOS, JUEGO DE TRES TAMAÑOS  1 CUBETA P/CONTENED.3/4 PERF.ALTURA:120MM    1 3/4 CESTA PERF.406X253X76MM    1 PRIMELINE 3/4 TAPA OCRE | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 70**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA PARTO. GINECOLOGÍA** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 3 AMNIOTOMOS  1 PINZA FORESTER RECTA 24 CM   1. PINZA PORTA AGUJAS DE 20 CM 2. PINZA ROCHESTER PEAN CURVA DE 20 CM   1 TIJERA MAYO CURVA DE 17 CM  1 PINZA DE DISECCION SIN DIENTES DE 14 CM  3 PINZA KELLY RECTA DE 14 CM  1 CANULA YANKAHUER DE ACERO INOXIDABLE | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Charola para esterilización con capacidad de almacenamiento para el set completo. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 71**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA RETIRAR PUNTOS. CONSULTORIOS** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | CANTIDAD  1 TIJERA LITTAUER, RECTA, LONGITUD DE 135 A 140 MM.  1 PINZA ESTANDAR, RECTA, CON 1 X 2 DIENTES , LONGITUD DE 130 A 140 MM.  1 CUBETA PERFORADA P/CONTENEDOR MINI 57MM  1 TAPA SUELTA PERF.PARA MINICONT.VERDE | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 72**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA REVISIÓN UTERINA** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | CANTIDAD  1 ESPEJO VAGINAL GRAVES O PEDERSON, TAMAÑO MEDIANO    1 ESPEJO VAGINAL GRAVES O PEDERSON, TAMAÑO GRANDE    1 ESPEJO VAGINAL GRAVES O PEDERSON, TAMAÑO CHICO    1 HISTEROMETRO SIMS, CURVO, CON GRADUACION Y BOTON EN LA PUNTA,  4 MM. DE DIAMETRO, 31 CM. DE LONGITUD    1 PINZA BOZEMANN, CURVA, EN FORMA DE "S" CON ESTRIAS TRANSVERSALES,  LONGITUD DE 240 A 260 MM.    1 PINZA POZZI, LONGITUD 24 CM.    1 PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLENGER, CURVA,ESTRIADA, LONGITUD DE 240  A 250 MM.    1 CUBETA P/CONTENED.1/2 PERF.ALTURA:120MM    1 1/2 CESTA PERF.243X253X76MM    1 PRIMELINE 1/2 TAPA OCRE | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  |  | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 73**  **SET DE INSTRUMENTAL PARA SUTURA. CONSULTORIOS** | | | | | | |
| **Folio** |  | | **Partida** |  | **Clave de cuadro estatal 2021** |  |
| **Área**  **Requirente** | Dirección Médica | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | Set de instrumental totalmente en acero inoxidable grado médico que conste de los siguientes elementos:  Pinza de disección con dientes de 14 c m  Pinza de disección sin dientes de 14 c m  Pinza Kelly recta de 14 c m  Pinza kelly curva de 14 c m  Porta agujas mayo de 14 c m | | | | | |
| **Accesorios** | **CANT** | **Descripción** | | | | |
| 1 | Charola para esterilización con capacidad de almacenamiento para el set completo. | | | | |
|  |  | | | | |
| **Instalación :** | **N/A** | **Descripción** | | | | |
|  |  | | | | |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica:** | | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor o fabricante de por lo menos 1 año.  **Nota:** La garantía corre a partir de la instalación en sitio del equipo | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | | |
| Documento membretado del distribuidor o fabricante con la información de contacto para la instalación de equipo y reportes de garantía | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante que garantice la instalación en sitio en máximo 5 días hábiles después de la solicitud | | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor o fabricante para la realización de 2 mantenimientos preventivos durante el primer año de adquisición. Deberá incluir información de contacto para agendar dichos mantenimientos | | | | | | |
| Documento en el cual estipule el proceso para hacer efectiva la garantía del equipo | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen nacional:** | | | | | | |
| Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| **Documentos adicionales para productos de origen internacional:** | | | | | | |
| Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | | | | |
| Carta bajo protesta de decir verdad que el Certificado de Origen se incluye dentro del empaque del equipo | | | | | | |
| Copia del certificado CE, JIS o FDA del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 74**  **TERMÓMETRO QUE PERMITE MEDIR LA TEMPERATURA DEL CUERPO HUMANO, A TRAVÉS DEL CANAL AUDITIVO** | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA |  | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA: | * Proporciona una lectura precisa de la temperatura dentro de 15.0 segundos * Para temperatura de niños, bebés, adultos * Sensor de temperatura de acero inoxidable 304 de grado médico, conducción rápida del calor, medición de temperatura precisa, no contiene mercurio ni otras sustancias nocivas para el cuerpo humano. * Rango de medición: este termómetro con rango de medición de 32.2 °C a 42.2 °C y precisión de +/- 0.1°C * Pantalla LCD digital grande * Fácil de limpiar | | | | | | | | | |
| ACCESORIOS | CANT | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| REFACCIONES |  | | | | | | | | | |
| CONSUMIBLES | Baterías | | | | | | | | | |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD SOLICITADA: | CANT | DESCRIPCIÓN | | NIVEL DE ATENCIÓN | | | | | | |
|  |  | | PRIMER | | | SEGUNDO | | | TERCER |
| DOCUMENTOS A ENTREGAR Y REQUISITOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA | MANUAL DE USUARIO Y GUÍA RÁPIDA EN ESPAÑOL | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE O JUSTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL LICITANTE EN CASO DE QUE NO APLIQUE | | | | | | | | | |
| ORIGINAL DE CATÁLOGOS, FOLLETOS, MANUALES, GUÍAS U OTRO NECESARIO PARA INDICAR LAS REFERENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL PARA GARANTÍA DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE INCLUYA LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO | | | | | | | | | |
| PREVENTIVO CON REFACCIONES Y VISITAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS NECESARIOS POR AL MENOS | | | | | 1 | | | AÑOS. | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE DONDE GARANTICE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL USUARIO EN LA CUAL SE INCLUYAN LAS EVALUACIONES CORRESPONDIENTES. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE PARA SOPORTE TÉCNICO Y REFACCIONES GARANTIZANDO AL MENOS 5 AÑOS. | | | | | | | | | |
| CARTA COMPROMISO ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE QUE GARANTICE LA ENTREGA DE EQUIPO NUEVO. | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL | | COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO. | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: | |  | | |  | | |
| PRODUCTOS DE ORIGEN EXTRANJERO | | COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE INCLUYENDO EL ALCANCE DEL BIEN OFERTADO | | | | | | | |
| CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O,  CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE. | | | | | | | |
| DEMOSTRAR CUMPLIR CON LOS CERTIFICADOS DE CALIDAD EN DOCUMENTOS: CE, FDA, JIS | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 75**  **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA DE USO GENERAL** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | 1.-Unidad de Electrocirugía controlada por medio de microprocesador con dos salidas mono polares y dos bipolares.  2.-Salida Mono polar  2.1-Con corte puro con potencia máxima de 400 watts  2.2.-Con mezcla, blend y/o modo con potencia máxima de 250 watts  2.3.-Con al menos dos modos de coagulación mono polar con potencia máxima de 120 watts  3.-Salida Bipolar  3.1.-Con coagulación con potencia de salida máximas de 100 watts  3.2.-Con control independiente para selección de potencia en modo bipolar.  4.-Monitorización de la calidad del contacto del electrodo de retorno  4.1.-Alarma visual y audible que se activa cuando existe un falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado al generador.  4.2.-Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla.  5.- Corte con 2 tipo de mezcla: mezcla 1 y mezcla 2  6.-Activación de la unidad  6.1.-Por medio del instrumento y/o pedal en salida mono polar.  6.2.-Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.  7.-Efecto de descarga : protección contra desfibrilador | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  | Carro para transporte del equipo  Pedal mono polar para corte y coagulación  Pedal bipolar  Lápiz con electrodo de cuchilla  Pinza bipolar tipo bayoneta  Placa de retorno de paciente con cable de conexión | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  | Alimentación eléctrica grado médico con tierra física. | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA 76**  **UNIDAD DE SECADO PARA EQUIPO DE INHALOTERAPIA** | | | | | | |
| **Descripción Técnica:** | * Gabinete de secado para instrumentos y tubos de anestesia. * Fabricado con acero inoxidable AISI 304 con doble aislamiento, asegurando que la superficie externa no supere los 49ºC. * Indicador visual de “puerta abierta”. * Puerta bloqueable con cerradura. Doble puerta pasante interbloqueada. * Sistema de control con panel y display LED programable en grados ºC y °F, lo que permite el control rápido y la visualización del estado del equipo. Los datos de configuración para el tiempo y la temperatura están protegidos mediante un password. * La temperatura de secado puede ser configurada hasta 80ºC. Cuando la puerta se abre, la alarma de temperatura se deshabilita el tiempo necesario hasta el restablecimiento de la temperatura en el interior del armario después de haber cerrado la puerta. * Configuración de la temperatura desde 1 a 999 minutos o en continuo. Una vez alcanzada la temperatura configurada, ésta será * controlada con una tolerancia de 5.5ºC. * En caso de sobrecalentamiento, el equipo se apagará enviando una alarma acústica para los operarios. * Tratamiento en continuo del aire de secado con rayos UV indirectos (opción). * Circuito de secado con ventilador y conexión con conectores rápidos (opción). * Alarma visual en caso de bloqueo de unos de los circuitos de secado. * Alarma del flujo de aire ( la alarma se resetea automáticamente cuando se reemprende el flujo de aire). * Filtro HEPA para el circuito de secado. * Aviso en el display para la sustitución del filtro. * Fácil acceso para el mantenimiento de todos los componentes. | | | | | |
| **Accesorios** | Cant | Descripción | | | | |
|  | * 8 estantes de altura ajustable / removibles para una capacidad de hasta 8 bandejas DIN 1/1. * 6 soportes removibles para una capacidad de 36 mangueras de anestesia. * Filtro HEPA H14. * Sistema de secado por aire. | | | | |
| **Instalación de la unidad solicitada:** | Cant | Descripción | | Nivel de atención | | |
|  | * Conexión eléctrica: 230V/~/50Hz * Potencia: 1750 W | | **Primer** | **~~Segundo~~** | **~~Tercer~~** |
| **Documentos a entregar y requisitos de evaluación técnica** | Manual de usuario y guía rápida en español | | | | | |
| Copia simple del registro sanitario vigente o justificación sustentada del licitante en caso de que no aplique | | | | | |
| Original de catálogos, folletos, manuales, guías u otro necesario para indicar las referencias técnicas solicitadas | | | | | |
| Carta compromiso original para garantía del distribuidor y/o fabricante por al menos un año | | | | | |
| Carta compromiso original de dos mantenimientos preventivos por lo menos un año (cada seis meses) | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante donde garantice la instalación, puesta en funcionamiento y adiestramiento al personal usuario en la cual se incluyan las evaluaciones correspondientes. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante para soporte técnico y refacciones garantizando al menos 5 años. | | | | | |
| Carta compromiso original del distribuidor y/o fabricante que garantice la entrega de equipo nuevo. | | | | | |
| Productos de origen nacional | | Copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. | | | |
| Carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o,  Carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente. | | | |
| Productos de origen extranjero | | Copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado | | | |
| Demostrar cumplir con al menos uno de los certificados de calidad : CE, FDA, JIS | | | |

|  |
| --- |
| **PARTIDA 77**  **ARCHIVERO DE 4 CAJONES** |
| Archivero vertical 4 gavetas, melamina de 28mm, 49cm de frente x 61cm de fondo x 1.29mts de altura |

|  |
| --- |
| **PARTIDA 78**  **ESCRITORIO** |
| Escritorio secretarial fabricado en: melamina de 28mm en cubierta y cuerpo de trabajo, perímetro expuesto con canto de pvc de 1mm., del mismo color que la melamina. los cajones de los archiveros están construidos en aglomerado de madera con resina melaminica de 16 mm. cuerpo color gris cálido, cajón inferior para carpetas colgantes de tamaño oficio y/o carta. medidas: 1.20mt ancho x 75cm alto x 60cm fondo todo en melamina de primera calidad. fabricado con estándares de calidad que cumplen con la norma nmx-cc-9001-imnc- 2015 / iso 9001:2015. |

|  |
| --- |
| **PARTIDA 79**  **ESTANTE DE 5 NIVELES** |
| 1. Anaquel metálico tipo esqueleto.  2. Con 5 entrepaños  3. Estructura metálica formada por 4 postes de sección de ángulo de 25 x 50 mm. por 2210 mm de altura en lámina cal 14  4. Entrepaños de 915 x600 x 25 mm. en lámina de acero a base de una charola cal 20  5. Con refuerzo perimetral por la parte interior, en lámina cal 18 para fijar los postes.  6. Lleva un par de barrenos en cada esquina para el paso de los tornillos que fijan los entrepaños  7. Acabado en pintura anticorrosiva y esmalte horneado por inmersión,  Accesorios: juego de tornillería necesaria para armado del anaquel tornillería cadminizada, refuerzos de catabon |

|  |
| --- |
| **PARTIDA 80**  **SILLA DE OFICINA** |
| Silla secretarial para uso rudo, estructura de 5 puntas en nylon reforzado, rodajas tipo dual, elevación por medio de pistón neumático, respaldo y asiento con hule espuma de alta densidad de 24kgs/m3, asiento y respaldo tapizado en tela 100% poliéster, fabricado con estándares de calidad. |

|  |
| --- |
| **PARTIDA 81**  **SILLA PARA PACIENTE** |
| Silla de visita con estructura: de acero tubular de 7/8" de diámetro, calibre 20; con acabado de pintura epóxica (electrostática) color negro mate.  asiento y respaldo: hule espuma laminado flexible con densidad de 22 kgs/m³ en el respaldo y 24 kgs/m³ en el asiento, de alta resilencia.  tapiz: Al color de su elección de nuestro |

|  |
| --- |
| **PARTIDA 82**  **SILLAS TANDEM 4 PLAZAS** |
| Banca de 4 plazas con estructura: de acero tubular rectangular de 1 1/2" X 3 1/2", calibre 14, con acabado de pintura epóxica (electrostática) color negro mate. Patas y base de las patas de lámina de acero troquelada, calibre 16; contiene niveladores. Terminado en cromo.  asiento y respaldo: de lámina de acero troquelada perforada, calibre 16; con acabado de pintura epóxica (electrostática) color plata. Ensamblado en bastidor de acero tubular rectangular.  peso máximo de resistencia: 1,000 kgs. |

|  |
| --- |
| **PARTIDA 83**  **COMPUTADORA DE ESCRITORIO** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Tipo de equipo a solicitar: **CPU SFF TIPO INTERMEDIO**   |  |  | | --- | --- | | Procesador | Procesador con frecuencia base de 3.0GHz y frecuencia turbo máxima de 4.7ghz, 8 cores, 8 Hilos, 12 Mb de cache L2, 65 watts TDP,  velocidad de Bus a 8GT/s o su equivalente en desempeño. | | Chipset | B360 o superior. | | Memoria | Mínimo 8 GB DDR4 a 2666 MHz con crecimiento 64 GB (preferencia 2 de 4GB para abrir el dual channel. | | Disco duro | 128 SSD para sistema Operativo + SATA 2.5’’ 1TB para almacenamiento | | Tarjeta de video | 1 GB de memoria de video dinámica o superior, compatible con el chipset del equipo ofertado. | | Monitor | Mínimo 21" LCD Wide Screen con retroiluminación LED y pantalla anti-reflejo, resolución mínima de 1440 x 900, conectores VGA, de la misma marca del fabricante del equipo, que cumpla con las normas: Energy Star 6.0 compliant, NOM 019, EPET, ROHS. El Monitor deberá de integrar cámara web HD o superior, integrada al marco del monitor. Incluir por lo menos cables VGA, HDMI o DisplayPort así como el cable de alimentación. | | Conectividad alámbrica | Ethernet 10/100/1000, con interfaz RJ-45, integrada (incrustada) a la tarjeta madre | | Conectividad inalámbrica | Que tenga capacidad Wifi que soporte los estándares IEEE 802.11b, 802.11g y 802.11n, Bluetooth. No se acepta USB o PCMCIA  y/o disponibilidad de puerto interno. | | Factor de forma | Gabinete con factor de forma pequeño tipo escritorio, metálico (con refuerzo interno metálico), de la misma marca del fabricante del equipo | | Puertos y slot | 1 puerto para monitor VGA; 8 puertos USB, al menos cuatro 3.1, un puerto USB 3.1 Type C, 1 puerto M.2, conector para micrófono; conector para bocinas o audífonos y micrófono integrados, 1 DisplayPort. | | Seguridad Física | Ranura para candado electrónico o mecanismo de bloqueo en T, switch de intrusión de chasis; bloqueo de puertos USB de manera individual, clave en Bios, arranque y disco duro, persistencia en BIOS. | | Mouse | Óptico 2 botones y scroll, con conector USB de la misma marca del fabricante del equipo. En caso de que el licitante proponga un ratón inalámbrico deberá considerar las baterías y/o dispositivos de recarga que sean necesarios para la operación del dispositivo durante la vigencia del contrato | | Teclado | Teclado en español con conector USB de la misma marca del fabricante del equipo.  En caso de que el licitante proponga un teclado inalámbrica deberá considerar las baterías y/o dispositivos de recarga que sean necesarios para la operación del dispositivo durante la vigencia del contrato. | | Sistema Operativo | Se deberá ofertar el S.O. Windows 10 Pro en español 64 Bits OEM | | Software Incluido | Sistema de recuperación, de la misma marca del equipo a ofertar, que borre y automáticamente reinstale el software original de fábrica, vía partición oculta del disco duro o USB que incluya el desktop y todos los controladores necesarios. | | Fuente de Poder | Con la capacidad suficiente para el soporte de su configuración completa y con al menos 85% de eficiencia. No se aceptan equipos con fuente de poder o eliminador externos | | Seguridad Lógica | TPM 2.0, password en disco duro, bloqueo individual de puertos USB | | Gabinete | Tipo tool less en los siguientes dispositivos: Tapa de chasis, disco duro, unidad óptica, tarjetas de expansión, sin adaptaciones que cambien el diseño original del equipo del fabricante. | | Impacto ambiental | Deberá cumplir Electronic Product Environmental Assessment Tool (EPEAT), Energy Star 6.1, RoSH | | Unidad Óptica | DVD+/-RW SATA Interno | | Pruebas de uso rudo | Deberá de cumplir con al menos las siguientes pruebas: temperaturas extremas, altas temperaturas, bajas temperaturas, arena y polvo, humedad, hongos, deberá de ser avalado con carta original del fabricante, mencionando el modelo(s) ofertado(s). | | Deberá incluir | \*Garantía por escrito de 3 años como mínimo, en partes, mano de obra y en sitio. Actualización de drivers. | | |
| 1. Mencionar marca, modelo, especificaciones y garantía en su propuesta técnica, todos los componentes deberán ser homogéneos y venir integrados de fábrica. 2. Podrá ofertar características superiores a las solicitadas, lo cual deberá ser corroborado por el fabricante del dispositivo que se oferte como superior mediante carta original. 3. El participante que resulte adjudicado deberá presentar Datasheet del equipo ofertado con link de página oficial, en el cual pueda ser corroborada la información de acuerdo a su cotización. 4. El participante que resulte adjudicado deberá presentar Carta que lo presente como canal autorizado para la instalación, configuración y puesta a punto de la solución propuesta. 5. El participante que resulte adjudicado deberá presentar carta de distribuidor autorizado emitida por el fabricante, vigente en original y / o digital mencionando el número de concurso al cual participa |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **CUADRO DE DISTRIBUCIÓN** | | | | | | **PARTIDA** | **DESCRIPCION** | **HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLAN** | **HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA** | **CANTIDAD TOTAL** | | 1 | Aspirador gástrico para succión continua e intermitente | 4 | 3 | 7 | | 2 | Báscula electrónica con estadímetro | 7 | 4 | 11 | | 3 | Báscula electrónica (pesapañales) | 1 | 0 | 1 | | 4 | Báscula Para Bebé | 1 | 0 | 1 | | 5 | Bacinete para bebé | 10 | 10 | 20 | | 6 | Cama Camilla Radiotransparente | 1 | 1 | 2 | | 7 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Adulto ELECTRICA | 12 | 8 | 20 | | 8 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Pediátrico | 2 | 2 | 4 | | 9 | Carro Camilla Para Adultos | 1 | 1 | 2 | | 10 | Cama Trabajo De Parto | 1 | 0 | 1 | | 11 | Cardiotocógrafo | 1 | 0 | 1 | | 12 | Carro Camilla Para Recuperación | 4 | 3 | 7 | | 13 | Carro Para Curaciones | 2 | 0 | 2 | | 14 | Carro Rojo Con Equipo completo para Reanimación, Desfibrilador-Monitor- Marcapaso | 3 | 2 | 5 | | 15 | Cirugía General De Pediatría, Set De | 1 | 0 | 1 | | 16 | Cubeta De 12 Litros (Acero Inoxidable) | 12 | 7 | 19 | | 17 | Cuna de calor radiante para cuidados intensivos con fototerapia | 1 | 1 | 2 | | 18 | Electrocardiógrafo multicanal con interpretación | 1 | 1 | 2 | | 19 | Equipo de ultrasonido para estudios generales | 1 | 1 | 2 | | 20 | Esfigmomanómetro aneroide de pared | 5 | 2 | 7 | | 21 | Esfigmomanómetro aneroide portátil | 5 | 2 | 7 | | 22 | Esterilizador De Vapor Autogenerado | 1 | 1 | 2 | | 23 | Estetoscopio de cápsula doble | 8 | 5 | 13 | | 24 | Estetoscopio de pinard | 1 | 0 | 1 | | 25 | Estuche de diagnóstico completo | 7 | 4 | 11 | | 26 | Flujómetro de pared | 5 | 5 | 10 | | 27 | Fonodetector portátil de latidos fetales | 6 | 6 | 12 | | 28 | Glucómetro | 2 | 2 | 4 | | 29 | Incubadora Para Controles Biológicos De La Esterilización Con Vapor | 1 | 0 | 1 | | 30 | Incubadora para recién nacido | 2 | 2 | 4 | | 31 | Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica | 6 | 3 | 9 | | 32 | Lámpara Obstétrica. | 1 | 1 | 2 | | 33 | Lámpara Quirúrgica Portátil Para Emergencia | 1 | 1 | 2 | | 34 | Lámpara Quirúrgica Sencilla De Operación Manual | 1 | 1 | 2 | | 35 | Laringoscopio | 1 | 0 | 1 | | 36 | Lavadora, Descontaminadora De Alta Frecuencia, De Instrumental Y Utensilios (Con Accesorios) | 1 | 1 | 2 | | 37 | Máquina de anestesia intermedia | 2 | 1 | 3 | | 38 | Mesa Alta De 120 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 1 | 0 | 1 | | 39 | Mesa Alta De 180 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 2 | 1 | 3 | | 40 | Mesa Carro Anestesiólogo | 1 | 0 | 1 | | 41 | Mesa De 150 Cm. Para Atención A Recién Nacidos | 1 | 0 | 1 | | 42 | Mesa De 180 Cm. Para Ensamble Con Repisa Intermedia | 1 | 0 | 1 | | 43 | Mesa de exploración con pierneras | 4 | 1 | 5 | | 44 | Mesa de Mayo o similar | 5 | 0 | 5 | | 45 | Mesa Para Exploración Ginecológica | 1 | 0 | 1 | | 46 | Mesa Para Exploración Universal | 1 | 1 | 2 | | 47 | Mesa Para Instrumental Quirúrgico | 1 | 0 | 1 | | 48 | Mesa Pasteur | 4 | 2 | 6 | | 49 | Mesa Puente | 3 | 0 | 3 | | 50 | Mesa Quirúrgica Para Obstetricia | 1 | 1 | 2 | | 51 | Mesa Quirúrgica Universal Mecánico-Hidráulica Básica | 1 | 1 | 2 | | 52 | Monitor De Signos Vitales (Básico) | 12 | 8 | 20 | | 53 | Monitor De Signos Vitales Avanzado | 2 | 2 | 4 | | 54 | Nebulizador con dosificador de oxígeno | 1 | 1 | 2 | | 55 | Nebulizador ultrasónico continuo | 1 | 0 | 1 | | 56 | Negatoscopio doble | 10 | 4 | 14 | | 57 | Negatoscopio sencillo | 5 | 5 | 10 | | 58 | Oxímetro De Pulso | 1 | 1 | 2 | | 59 | Martillo Percutor | 1 | 0 | 1 | | 60 | Portacubeta Rodable | 12 | 6 | 18 | | 61 | Portavenoclisis Rodable | 12 | 5 | 17 | | 62 | Reanimador de asistencia ventilatoria | 4 | 4 | 8 | | 63 | Resucitador para recién nacidos | 1 | 0 | 1 | | 64 | Set De Instrumental Para Asepsia | 1 | 1 | 2 | | 65 | Set De Instrumental Para Cesárea. Ginecología | 1 | 0 | 1 | | 66 | Set De Instrumental Para Cirugía General Integrada | 1 | 0 | 1 | | 67 | Set De Instrumental Para Cirugía Menor. Cirugía General | 1 | 0 | 1 | | 68 | Set De Instrumental Para Curación Para Hospital | 1 | 1 | 2 | | 69 | Set De Instrumental Para Legrado. Ginecología | 1 | 0 | 1 | | 70 | Set De Instrumental Para Parto. Ginecología | 1 | 0 | 1 | | 71 | Set De Instrumental Para Retirar Puntos. Consultorios | 1 | 1 | 2 | | 72 | Set De Instrumental Para Revisión Uterina | 1 | 1 | 2 | | 73 | Set De Instrumental Para Sutura. Consultorios | 2 | 1 | 3 | | 74 | Termómetro que permite medir la temperatura del cuerpo humano, a través del canal auditivo | 6 | 6 | 12 | | 75 | Unidad De Electrocirugía De Uso General | 1 | 1 | 2 | | 76 | Unidad de secado para equipo de inhaloterapia | 1 | 1 | 2 | | 77 | Archivero de 4 cajones | 4 | 4 | 8 | | 78 | Escritorio | 12 | 8 | 20 | | 79 | Estante de 5 niveles | 8 | 8 | 16 | | 80 | Silla de oficina | 20 | 18 | 38 | | 81 | Silla para paciente | 14 | 14 | 28 | | 82 | Sillas tándem 4 plazas | 8 | 8 | 16 | | 83 | Computadora de escritorio | 7 | 7 | 14 | |
|  |
|  |
|  |

**ANEXO 2.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ dé \_\_\_\_ de 2021.

**(PROPUESTA TÉCNICA)**

| **PARTIDA** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **MARCA/MODELO/PAIS DE ORIGEN** | **GARANTIA** | **ENTREGABLES Y DEMÁS CARACTERISTICAS** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Aspirador gástrico para succión continua e intermitente | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 2 | Báscula electrónica con estadímetro | 11 | PIEZA |  |  |  |
| 3 | Báscula electrónica (pesapañales) | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 4 | Báscula Para Bebé | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 5 | Bacinete para bebé | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 6 | Cama Camilla Radiotransparente | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 7 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Adulto ELECTRICA | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 8 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Pediátrico | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 9 | Carro Camilla Para Adultos | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 10 | Cama Trabajo De Parto | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 11 | Cardiotocógrafo | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 12 | Carro Camilla Para Recuperación | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 13 | Carro Para Curaciones | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 14 | Carro Rojo Con Equipo completo para Reanimación, Desfibrilador-Monitor- Marcapaso | 5 | PIEZA |  |  |  |
| 15 | Cirugía General De Pediatría, Set De | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 16 | Cubeta De 12 Litros (Acero Inoxidable) | 19 | PIEZA |  |  |  |
| 17 | Cuna de calor radiante para cuidados intensivos con fototerapia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 18 | Electrocardiógrafo multicanal con interpretación | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 19 | Equipo de ultrasonido para estudios generales | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 20 | Esfigmomanómetro aneroide de pared | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 21 | Esfigmomanómetro aneroide portátil | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 22 | Esterilizador De Vapor Autogenerado | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 23 | Estetoscopio de cápsula doble | 13 | PIEZA |  |  |  |
| 24 | Estetoscopio de pinard | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 25 | Estuche de diagnóstico completo | 11 | PIEZA |  |  |  |
| 26 | Flujómetro de pared | 10 | PIEZA |  |  |  |
| 27 | Fonodetector portátil de latidos fetales | 12 | PIEZA |  |  |  |
| 28 | Glucómetro | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 29 | Incubadora Para Controles Biológicos De La Esterilización Con Vapor | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 30 | Incubadora para recién nacido | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 31 | Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica | 9 | PIEZA |  |  |  |
| 32 | Lámpara Obstétrica. | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 33 | Lámpara Quirúrgica Portátil Para Emergencia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 34 | Lámpara Quirúrgica Sencilla De Operación Manual | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 35 | Laringoscopio | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 36 | Lavadora, Descontaminadora De Alta Frecuencia, De Instrumental Y Utensilios (Con Accesorios) | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 37 | Máquina de anestesia intermedia | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 38 | Mesa Alta De 120 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 39 | Mesa Alta De 180 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 40 | Mesa Carro Anestesiólogo | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 41 | Mesa De 150 Cm. Para Atención A Recién Nacidos | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 42 | Mesa De 180 Cm. Para Ensamble Con Repisa Intermedia | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 43 | Mesa de exploración con pierneras | 5 | PIEZA |  |  |  |
| 44 | Mesa de Mayo o similar | 5 | PIEZA |  |  |  |
| 45 | Mesa Para Exploración Ginecológica | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 46 | Mesa Para Exploración Universal | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 47 | Mesa Para Instrumental Quirúrgico | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 48 | Mesa Pasteur | 6 | PIEZA |  |  |  |
| 49 | Mesa Puente | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 50 | Mesa Quirúrgica Para Obstetricia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 51 | Mesa Quirúrgica Universal Mecánico-Hidráulica Básica | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 52 | Monitor De Signos Vitales (Básico) | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 53 | Monitor De Signos Vitales Avanzado | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 54 | Nebulizador con dosificador de oxígeno | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 55 | Nebulizador ultrasónico continuo | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 56 | Negatoscopio doble | 14 | PIEZA |  |  |  |
| 57 | Negatoscopio sencillo | 10 | PIEZA |  |  |  |
| 58 | Oxímetro De Pulso | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 59 | Martillo Percutor | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 60 | Portacubeta Rodable | 18 | PIEZA |  |  |  |
| 61 | Portavenoclisis Rodable | 17 | PIEZA |  |  |  |
| 62 | Reanimador de asistencia ventilatoria | 8 | PIEZA |  |  |  |
| 63 | Resucitador para recién nacidos | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 64 | Set De Instrumental Para Asepsia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 65 | Set De Instrumental Para Cesárea. Ginecología | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 66 | Set De Instrumental Para Cirugía General Integrada | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 67 | Set De Instrumental Para Cirugía Menor. Cirugía General | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 68 | Set De Instrumental Para Curación Para Hospital | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 69 | Set De Instrumental Para Legrado. Ginecología | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 70 | Set De Instrumental Para Parto. Ginecología | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 71 | Set De Instrumental Para Retirar Puntos. Consultorios | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 72 | Set De Instrumental Para Revisión Uterina | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 73 | Set De Instrumental Para Sutura. Consultorios | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 74 | Termómetro que permite medir la temperatura del cuerpo humano, a través del canal auditivo | 12 | PIEZA |  |  |  |
| 75 | Unidad De Electrocirugía De Uso General | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 76 | Unidad de secado para equipo de inhaloterapia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 77 | Archivero de 4 cajones | 8 | PIEZA |  |  |  |
| 78 | Escritorio | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 79 | Estante de 5 niveles | 16 | PIEZA |  |  |  |
| 80 | Silla de oficina | 38 | PIEZA |  |  |  |
| 81 | Silla para paciente | 28 | PIEZA |  |  |  |
| 82 | Sillas tándem 4 plazas | 16 | PIEZA |  |  |  |
| 83 | Computadora de escritorio | 14 | PIEZA |  |  |  |

**NOTA: Se deberá realizar el desglose a detalle del Anexo1 (Carta de requerimientos técnicos) cumpliendo con lo requerido en el mismo en formato libre.**

En caso de ser adjudicado proporcionaré servicios en los términos y condiciones del presente anexo, la orden de compra y/o contrato, la convocatoria y las modificaciones que se deriven de las aclaraciones del presente procedimiento.

Seré responsable por los defectos, vicios ocultos o falta de calidad en general de los bienes por cualquier otro incumplimiento en que puedan incurrir en los términos de la orden de compra y contrato.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Participante o Representante Legal del mismo

**ANEXO 3.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.

**PROPUESTA ECONÓMICA**

| **PARTIDA** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **MARCA/MODELO/PAIS DE ORIGEN** | **PRECIO UNITARIO** | **IMPORTE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Aspirador gástrico para succión continua e intermitente | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 2 | Báscula electrónica con estadímetro | 11 | PIEZA |  |  |  |
| 3 | Báscula electrónica (pesapañales) | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 4 | Báscula Para Bebé | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 5 | Bacinete para bebé | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 6 | Cama Camilla Radiotransparente | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 7 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Adulto ELECTRICA | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 8 | Cama Clínica Múltiples Posiciones Para Paciente Pediátrico | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 9 | Carro Camilla Para Adultos | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 10 | Cama Trabajo De Parto | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 11 | Cardiotocógrafo | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 12 | Carro Camilla Para Recuperación | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 13 | Carro Para Curaciones | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 14 | Carro Rojo Con Equipo completo para Reanimación, Desfibrilador-Monitor- Marcapaso | 5 | PIEZA |  |  |  |
| 15 | Cirugía General De Pediatría, Set De | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 16 | Cubeta De 12 Litros (Acero Inoxidable) | 19 | PIEZA |  |  |  |
| 17 | Cuna de calor radiante para cuidados intensivos con fototerapia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 18 | Electrocardiógrafo multicanal con interpretación | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 19 | Equipo de ultrasonido para estudios generales | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 20 | Esfigmomanómetro aneroide de pared | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 21 | Esfigmomanómetro aneroide portátil | 7 | PIEZA |  |  |  |
| 22 | Esterilizador De Vapor Autogenerado | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 23 | Estetoscopio de cápsula doble | 13 | PIEZA |  |  |  |
| 24 | Estetoscopio de pinard | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 25 | Estuche de diagnóstico completo | 11 | PIEZA |  |  |  |
| 26 | Flujómetro de pared | 10 | PIEZA |  |  |  |
| 27 | Fonodetector portátil de latidos fetales | 12 | PIEZA |  |  |  |
| 28 | Glucómetro | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 29 | Incubadora Para Controles Biológicos De La Esterilización Con Vapor | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 30 | Incubadora para recién nacido | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 31 | Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica | 9 | PIEZA |  |  |  |
| 32 | Lámpara Obstétrica. | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 33 | Lámpara Quirúrgica Portátil Para Emergencia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 34 | Lámpara Quirúrgica Sencilla De Operación Manual | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 35 | Laringoscopio | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 36 | Lavadora, Descontaminadora De Alta Frecuencia, De Instrumental Y Utensilios (Con Accesorios) | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 37 | Máquina de anestesia intermedia | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 38 | Mesa Alta De 120 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 39 | Mesa Alta De 180 Cm. Con Cubierta De Acero Inoxidable | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 40 | Mesa Carro Anestesiólogo | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 41 | Mesa De 150 Cm. Para Atención A Recién Nacidos | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 42 | Mesa De 180 Cm. Para Ensamble Con Repisa Intermedia | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 43 | Mesa de exploración con pierneras | 5 | PIEZA |  |  |  |
| 44 | Mesa de Mayo o similar | 5 | PIEZA |  |  |  |
| 45 | Mesa Para Exploración Ginecológica | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 46 | Mesa Para Exploración Universal | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 47 | Mesa Para Instrumental Quirúrgico | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 48 | Mesa Pasteur | 6 | PIEZA |  |  |  |
| 49 | Mesa Puente | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 50 | Mesa Quirúrgica Para Obstetricia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 51 | Mesa Quirúrgica Universal Mecánico-Hidráulica Básica | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 52 | Monitor De Signos Vitales (Básico) | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 53 | Monitor De Signos Vitales Avanzado | 4 | PIEZA |  |  |  |
| 54 | Nebulizador con dosificador de oxígeno | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 55 | Nebulizador ultrasónico continuo | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 56 | Negatoscopio doble | 14 | PIEZA |  |  |  |
| 57 | Negatoscopio sencillo | 10 | PIEZA |  |  |  |
| 58 | Oxímetro De Pulso | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 59 | Martillo Percutor | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 60 | Portacubeta Rodable | 18 | PIEZA |  |  |  |
| 61 | Portavenoclisis Rodable | 17 | PIEZA |  |  |  |
| 62 | Reanimador de asistencia ventilatoria | 8 | PIEZA |  |  |  |
| 63 | Resucitador para recién nacidos | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 64 | Set De Instrumental Para Asepsia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 65 | Set De Instrumental Para Cesárea. Ginecología | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 66 | Set De Instrumental Para Cirugía General Integrada | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 67 | Set De Instrumental Para Cirugía Menor. Cirugía General | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 68 | Set De Instrumental Para Curación Para Hospital | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 69 | Set De Instrumental Para Legrado. Ginecología | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 70 | Set De Instrumental Para Parto. Ginecología | 1 | PIEZA |  |  |  |
| 71 | Set De Instrumental Para Retirar Puntos. Consultorios | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 72 | Set De Instrumental Para Revisión Uterina | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 73 | Set De Instrumental Para Sutura. Consultorios | 3 | PIEZA |  |  |  |
| 74 | Termómetro que permite medir la temperatura del cuerpo humano, a través del canal auditivo | 12 | PIEZA |  |  |  |
| 75 | Unidad De Electrocirugía De Uso General | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 76 | Unidad de secado para equipo de inhaloterapia | 2 | PIEZA |  |  |  |
| 77 | Archivero de 4 cajones | 8 | PIEZA |  |  |  |
| 78 | Escritorio | 20 | PIEZA |  |  |  |
| 79 | Estante de 5 niveles | 16 | PIEZA |  |  |  |
| 80 | Silla de oficina | 38 | PIEZA |  |  |  |
| 81 | Silla para paciente | 28 | PIEZA |  |  |  |
| 82 | Sillas tándem 4 plazas | 16 | PIEZA |  |  |  |
| 83 | Computadora de escritorio | 14 | PIEZA |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **SUBTOTAL** |  |
|  |  |  |  |  | **I.V.A.** |  |
|  |  |  |  |  | **TOTAL** |  |

**CANTIDAD CON LETRA:**

**TIEMPO DE ENTREGA: (De no señalar fecha específica, el Licitante deberá señalar si el número de días son hábiles o naturales, tomando en cuenta que estos se contarán a partir de la suscripción del contrato en caso de resultar adjudicado**

**CONDICIONES DE PAGO:**

**(De solicitar anticipo establecer el porcentaje)**

**(De solicitar pagos parciales, deberá especificar el monto de cada parcialidad contra entrega y entera satisfacción del organismo).**

Declaro bajo protesta de decir verdad que los precios cotizados son bajo la condición de precios fijos hasta la total prestación de los servicios o entrega de los bienes y que los precios incluyen todos los costos involucrados y se presentan en moneda nacional con los impuestos desglosados.

Manifiesto que los precios cotizados en la presente propuesta serán los mismos en caso de que la Dirección de Recursos Materiales y/o el **COMITÉ** según corresponda opte por realizar ajustes al momento de adjudicar de forma parcial los bienes o servicios objeto de este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Participante

o Representante Legal del mismo.

**ANEXO 4.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**CARTA DE PROPOSICIÓN**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

En atención al procedimiento de **Licitación Pública Local LCCC-022-2021** relativo a la A**DQUISICIÓN** de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”.** En lo subsecuente **PROCEDIMIENTO DE** **ADQUISICIÓN**, el suscrito *(nombre del firmante)* en mi calidad de Representante Legal de *(Nombre del Participante*), manifiesto **bajo protesta de decir verdad** que:

1. Que cuento con facultades suficientes para suscribir la propuesta en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, así como para la firma y presentación de los documentos y el contrato que se deriven de éste, a nombre y representación de (*Persona Física o Jurídica)*. Así mismo, manifiesto que cuento con número de **PROVEEDOR** (XXXXXXXXXXXX) y con Registro Federal de Contribuyentes (XXXXXXXXX), y en su caso me comprometo a realizar los trámites de registro y actualización ante el Padrón de proveedores en los términos señalados en las presentes **BASES**, para la firma del contrato que llegare a celebrarse en caso de resultar adjudicado.
2. Que mi representada señala (o “que señalo”) como domicilio para todos los efectos legales a que haya lugar la finca marcada con el número xx de la calle xx, de la colonia XXXXXXXXXXXXX, de la ciudad de xx, C.P. XXXXX, teléfono xx, fax xxxx y correo electrónico XXXXXX.
3. Que he leído, revisado y analizado con detalle todas las condiciones de las **BASES** del presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, las especificaciones correspondientes y el juego de Anexos que me fueron proporcionados por el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, obligándome a cumplir con lo estipulado en cada uno de ellos y/o acatar las aclaraciones realizadas por las áreas técnicas del presente procedimiento.
4. Que mi representante entregará (o “Que entregaré”) los bienes y/o servicios a que se refiere el presente Procedimiento de Licitación de acuerdo con las especificaciones y condiciones requeridas en las **BASES** de este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**, con los precios unitarios señalados en mi propuesta económica.
5. Que se han formulado cuidadosamente todos y cada uno de los precios unitarios que se proponen, tomando en consideración las circunstancias previsibles que puedan influir sobre ellos. Dichos precios se presentan en moneda nacional e incluyen todos los cargos directos e indirectos que se originen en la elaboración de los bienes y/o servicios hasta su recepción total por parte del Gobierno del Estado.
6. Manifiesto que los precios cotizados en la presente propuesta serán los mismos en caso de que la Dirección General de Abastecimientos opte por realizar ajustes al momento de adjudicar de forma parcial los bienes o servicios objeto de este **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.
7. En caso de resultar favorecidos, nos comprometemos (O “me comprometeré) a firmar el contrato en los términos señalados en las **BASES** del presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.
8. Que mi representante no se encuentra (o “Que no me encuentro”) en alguno de los supuestos del artículo 52 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios, y tampoco en las situaciones previstas para el **DESECHAMIENTO DE LAS PROPUESTAS** **DE LOS PARTICIPANTES** que se indican en las **BASES** del presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN**.
9. Mi representada señala (o “Que señalo”) como domicilio para todos los efectos legales a que haya lugar la finca marcada con el número \_\_\_\_\_\_ de la calle \_\_\_\_\_, de la colonia \_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_; solicitándoles y manifestando mi conformidad de que todas las notificaciones que se tengan que practicar y aún las personales, se me hagan por correo electrónico en la cuenta anteriormente señalada, sujetándome a lo que establecen los artículos 106 y 107 del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Jalisco, aplicado supletoriamente, para que la autoridad estatal lleve a cabo las notificaciones correspondientes.
10. Que por mí o a través de interpósita persona, me abstendré de adoptar conductas, para que los servidores públicos, induzcan o alteren las evaluaciones de las cotizaciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás Oferentes.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Participante

o Representante Legal del mismo

**ANEXO 5.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.

**ACREDITACIÓN**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

Yo, (nombre), manifiesto **bajo protesta de decir verdad**, que los datos aquí asentados son ciertos y han sido verificados, manifiesto que no me encuentro inhabilitado por resolución de autoridad competente alguno, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir la cotización y comprometerme en el **Procedimiento de Licitación Pública Local LCCC-022-2021** así como con los documentos que se deriven de éste, a nombre y representación de (persona física o moral).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Licitante:** | | |
| **No. de Registro del RUPC** (*en caso de contar con él*) | | |
| **No. de Registro Federal de Contribuyentes:** | | |
| **Domicilio:** (*Calle, Número exterior-interior, Colonia, Código Postal*) | | |
| **Municipio o Delegación:** | | **Entidad Federativa:** |
| **Teléfono (s):** | **Fax:** | **Correo Electrónico:** |
| **Objeto Social:** tal y como aparece en el acta constitutiva (persona moral) o actividad preponderante (persona física) | | |
| *Para Personas Morales:*  **Número de Escritura Pública:** (*Acta Constitutiva y, de haberlas, sus reformas y modificaciones*)  **Fecha y lugar de expedición:**  **Nombre del Fedatario Público**, mencionando si es Titular o Suplente**:**  **Fecha de inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio:**  **Tomo: Libro:  Agregado con número al Apéndice:**  **\***NOTA: En caso de que hubiere modificaciones **relevantes** al Acta Constitutiva (cambio de razón social, de domicilio fiscal, de giro o actividad, etc.), deberá mencionar los datos anteriores que correspondan a dicha modificación y la referencia de la causa de esta.  *Para Personas Físicas:*  **Número de folio de la Credencial de Elector:** | | |
| **P O D E R** | *Para Personas Morales o Físicas que comparezcan a través de Apoderado, mediante* ***Poder******General*** *o* ***Especial******para Actos de Administración o de Dominio****.*  **Número de Escritura Pública:**  **Tipo de poder:**  **Nombre del Fedatario Público**,mencionando si es Titular o Suplente**:**  **Lugar y fecha de expedición:**  **Fecha de inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio:**  **Tomo:  Libro:  Agregado con número al Apéndice:** | |

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Licitante o Representante Legal

**ANEXO 6.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN DE PROVEEDORES.**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** para la **Licitación Pública Local** para la adquisición del **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**.**,** por medio del presente manifiesto bajo protesta de decir verdad que por sí mismos o a través de interpósita persona, el **PROVEEDOR** (*persona física o moral*), a quien represento, se abstendrá de adoptar conductas, para que los servidores públicos de la Dirección de Recursos Materiales del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco y/o Unidad Centralizada de Compras, induzcan o alteren la evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás **PARTICIPANTES**, así como la celebración de acuerdos colusorios.

A su vez manifiesto no encontrarme dentro de los supuestos establecidos en el artículo 52 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios, además manifiesto no encontrarme en alguno de los supuestos de conflicto de interés que prevé el artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Licitante

o Representante Legal

**ANEXO 7.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**ESCRITO DE NO CONFLICTO DE INTERES Y DE NO INHABILITACIÓN**

**(PERSONA MORAL O JURIDICA)**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Representante legal de la empresa manifiesto bajo protesta de decir verdad que la Persona Moral que represento no hay accionistas ni asociados que desempeñen un empleo cargo o comisión en el Servicio Público y ninguno de nuestros accionistas y asociados se encuentra inhabilitados para desempeñar un empleo cargo o comisión en el Servicio Público; mi representada no tiene conflicto de interés real o potencial, financiero o de cualquier otro tipo con relación a algún servidor público adscrito al ORGANISMO, Y acepto que por ningún motivo podrá celebrarse pedido o contrato alguno con quien se encuentre inhabilitado para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público, conforme a lo establecido en los artículos 49 fracción IX, 59 y del 65 al 72 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Asimismo, manifiesto que mi representada no se encuentra inhabilitada y no tiene adeudos o multas derivadas de resoluciones de la de la Contraloría del Estado, Órganos Interno de Control o de la Secretaria de Administración, y no se encuentra sancionada como empresa o suspendidos los derechos como proveedor a mi representada y los productos ofertados no han sido sancionados por ninguna entidad de los niveles de gobierno Federal, Estatal o Municipal.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Licitante

o Representante Legal

**ANEXO 8.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**ESTRATIFICACIÓN**

Guadalajara Jalisco, a \_\_ de \_\_\_\_ del 2021. (**1**)

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

Me refiero al procedimiento de **Licitación Pública Local LCCC-022-2021**, en el que mí representada, la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**2**) \_\_\_\_\_\_\_\_, participa a través de la presente proposición.

Al respecto y de conformidad con lo dispuesto por el numeral 1 del artículo 68 de la Ley, **MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que mi representada está constituida conforme a las leyes mexicanas, con Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_\_\_\_\_(**3**)\_\_\_\_\_\_\_\_, y asimismo que considerando los criterios (sector, número total de trabajadores y ventas anuales) establecidos en el Acuerdo por el que se establece la estratificación de las micro, pequeñas y medianas empresas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009, mi representada tiene un Tope Máximo Combinado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_(**4**)\_\_\_\_\_\_\_\_, con base en lo cual se estratifica como una empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_(**5**)\_\_\_\_\_\_\_\_.

De igual forma, declaro que la presente manifestación la hago teniendo pleno conocimiento de que la omisión, simulación o presentación de información falsa, en el artículo 69 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, sancionable por los artículos 116, 117 y 118 de la **“LEY”**, y los diversos numerales 155 al 161 de su **“REGLAMENTO”**, así como en términos de lo dispuesto por el artículo 81 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Licitante

o Representante Legal

Llenar los campos conforme aplique tomando en cuenta los rangos previstos en el Acuerdo antes mencionado.

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Señalar la fecha de suscripción del documento. |
| **2** | Anotar el nombre, razón social o denominación del licitante. |
| **3** | Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del licitante. |
| **4** | Señalar el número que resulte de la aplicación de la expresión: Tope Máximo Combinado = (Trabajadores) x10% + (Ventas anuales en millones de pesos) x 90%. Para tales efectos puede utilizar la calculadora MIPyMES disponible en la página <http://www.comprasdegobierno.gob.mx/calculadora>  Para el concepto “Trabajadores”, utilizar el total de los trabajadores con los que cuenta la empresa a la fecha de la emisión de la manifestación.  Para el concepto “ventas anuales”, utilizar los datos conforme al reporte de su ejercicio fiscal correspondiente a la última declaración anual de impuestos federales, expresados en millones de pesos. |
| **5** | Señalar el tamaño de la empresa (Micro, Pequeña o Mediana), conforme al resultado de la operación señalada en el numeral anterior. |

**ANEXO 9.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**ARTÍCULO 32-D**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_ del 2021.

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

Nombre completo), en mi carácter de Representante Legal de la empresa (Nombre de la Empresa), manifiesto estar al corriente de con mis obligaciones fiscales, por lo que anexo la Constancia de opinión positiva del cumplimiento de obligaciones Fiscales, documento vigente expedido por el SAT, conforme a lo establecido en el Artículo 32-D, del Código Fiscal de la Federación.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Licitante

o Representante Legal

**ANEXO 10.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**Cumplimiento obligaciones IMSS**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021.

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

(Nombre completo), en mi carácter de Representante Legal de la empresa (Nombre de la Empresa), manifiesto estar al corriente de mis obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social, por lo que anexo la Constancia de opinión positiva de cumplimiento de obligaciones en materia de Seguridad Social, documento vigente expedido el IMSS, de conformidad al acuerdo acdo.sa1.hct.101214/281.p.dir, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 27 de febrero de 2015.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Licitante

o Representante Legal

**ANEXO 11.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**IDENTIFICACIÓN VIGENTE DE LA PERSONA FÍSICA O DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**DE LA PERSONA MORAL QUE FIRMA LA PROPOSICIÓN.**

Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_ del 2021.

**ANVERSO**

**ANVERSO**

**REVERSO**

**Nombre, Cargo y Firma del Representante Legal**

**ANEXO 12.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**MANUAL Y/O CATÁLOGOS**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: Lic. L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, acompañado al presente hago llegar Manual y/o catálogos del insumo, en el que señale la página específica en la que se haga referencia a cada característica establecida en la ficha técnica.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 13.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**COPIA SIMPLE DE CARTA DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN COFEPRIS**

**Y/O ISO 9001:2008 Y 13485:2003**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO.**

**PRESENTE.**

**AT´N: L.C.P. Gildardo Flores Fregoso.**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, acompañado al presente hago llegar copia simple de carta de buenas prácticas de fabricación COFEPRIS y/o ISO 9001:2008 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado. En caso de no aplicar deberá de adjuntar carta de justificación en la que se mencione que los bienes que oferta están relacionados en listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario, asimismo adjuntará copia del acuerdo publicado en el DOF el 22 de diciembre del 2014, señalando el bien de que se trate. **(Aplica para equipo e instrumental médico, de origen nacional)**.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 14.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**CARTA ORIGINAL DE APOYO SOLIDARIO EN LA LICITACIÓN DEL FABRICANTE O CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRINCIPAL Y COPIA DE LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE VIGENTE**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO.**

**PRESENTE.**

**AT´N: L.C.P. Gildardo Flores Fregoso.**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUSICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, acompañado al presente carta original de apoyo solidario en la licitación del fabricante o carta de apoyo del distribuidor principal y copia de la carta de distribución del fabricante vigente **(Aplica todas las partidas)**.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 15.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**COPIA SIMPLE DE CERTIFICADO ISO 9001:2008 Y 13485:2003 DEL FABRICANTE**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO.**

**PRESENTE.**

**AT´N: L.C.P. Gildardo Flores Fregoso.**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUSICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, acompañado al presente copia simple de certificado ISO 9001:2008 y 13485:2003 del fabricante incluyendo el alcance del bien ofertado **(Aplica para equipo e instrumental médico de origen extranjero)**.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 16.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**CERTIFICADOS DE CALIDAD AL MENOS UNO: CE, JIS, FDA**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO.**

**PRESENTE.**

**AT´N: L.C.P. Gildardo Flores Fregoso.**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUSICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, acompañado al presente Certificados de calidad al menos uno: CE, JIS, FDA **(Aplica para equipo e instrumental médico de origen extranjero)**.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 17.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**REGISTROS SANITARIOS EXPEDIDO POR COFEPRIS**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO.**

**PRESENTE.**

**AT´N: L.C.P. Gildardo Flores Fregoso.**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUSICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, acompañado al presente registros sanitarios expedido por **COFEPRIS.** En caso de no aplicar deberá de adjuntar carta de justificación en la que se mencione que los bienes que oferta están relacionados en listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario, asimismo adjuntará copia del acuerdo publicado en el DOF el 22 de diciembre del 2014, señalando el bien de que se trate. **(Aplica para equipo e instrumental médico).**

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 18.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS EQUIPOS OFERTADOS SON NUEVOS**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO.**

**PRESENTE.**

**AT´N: L.C.P. Gildardo Flores Fregoso.**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUSICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, acompañado al presente manifiesto bajo protesta de decir verdad que los equipos ofertados, SON NUEVOS, que no han sido remanufacturados o reacondicionados, reconstruido o se hayan utilizado como demostración.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 19.**

**TEXTO DE LA FIANZA DEL 10% DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

(NOMBRE DE LA AFIANZADORA), EN EL EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE ME OTORGA EL GOBIERNO FEDERAL A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE LA HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 11 y 36 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, ME CONSTITUYO FIADORA POR LA SUMA DE $ (CANTIDAD CON NÚMERO) (CANTIDAD CON LETRA) A FAVOR DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO CON DOMICILIO EN CALLE DOCTOR BAEZA ALZAGA 107, COL. CENTRO, GUADALAJARA, JALISCO, A EFECTO DE:

GARANTIZAR POR (NOMBRE DEL PROVEEDOR) CON DOMICILIO EN \_COLONIA *\_CIUDAD \_*EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO DE FECHA *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* (SE DEBERÁ ESTABLECER LA FECHA DE EMISIÓN Y PUBLICACIÓN DEL FALLO), DERIVADO DEL PROCEDIMIENNTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELEBRADO ENTRE NUESTRO FIADO Y EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO, CON UN IMPORTE TOTAL DE $\_\_\_\_\_\_\_\_. ASÍ MISMO, SE ACEPTA SUJETARNOS A LA COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL PRIMER PARTIDO JUDICIAL DEL ESTADO DE JALISCO, ACEPTANDO CONTINUAR AFIANZANDO A MI FIADO, EN CASO DE QUE SE LE OTORGUE ALGUNA PRÓRROGA DE CUMPLIMIETNO O SE CELEBRE CON ÉSTE, CUALQUIER ACUERDO MODIFICATORIO AL CONTRATO PRINCIPAL.

LA FIANZA TENDRA UNA VIGENCIA DESDE EL PRIMER DIA DE LA CONTRATACION Y HASTA 12 MESES POSTERIORES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

ADICIONALMENTE ESTA FIANZA PODRÁ SER EXIGIBLE EN CUALQUIER TIEMPO PARA GARANTIZAR LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO,”BASES” Y/O CONVOCATORIA DEL PROCEDIMIENTO QUE LE DIERON ORIGEN, Y/O LA BUENA CALIDAD EN GENERAL DE LOS BIENES Y SERVICIOS, CUANDO SEAN DE CARACTERÍSTICAS INFERIORES A LAS SOLICITADAS EN LAS “BASES” Y/O CONVOCATORIA DEL “PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN” ANTERIORMENTE SEÑALADO Y/O CUANDO DIFIERAN EN PERJUICIO DE EL ORGANISMO, ASÍ COMO LA REPARACIÓN DE LOS DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS, DAÑOS Y PERJUICIOS QUE PUDIEREN APARECER Y QUE SEAN IMPUTABLES A NUESTRO FIADO CON MOTIVO DE LA CONTRATACIÓN QUE SE MENCIONA Y SOLO PODRÁ SER CANCELADA MEDIANTE ESCRITO DEL ORGANISMO DIRIGIDO A LA AFIANZADORA.

IGUALMENTE, EN EL CASO QUE SE OTORGUE PRÓRROGA AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, ASÍ COMO DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE JUICIOS, RECURSOS O INCONFORMIDADES DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS ESTA FIANZA CONTINUARÁ VIGENTE HASTA SU TOTAL RESOLUCIÓN.

EN CASO DE QUE LA PRESENTE FIANZA SE HAGA EXIGIBLE, LA AFIANZADORA Y EL FIADO ACEPTAN EXPRESAMENTE SOMETERSE AL PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 279, 280, 281, 282, 283 Y 178 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS EN VIGOR, PARA LA EFECTIVIDAD DE LAS FIANZAS, AÚN PARA EL CASO DE QUE PROCEDA EL COBRO DE INTERESES, CON MOTIVO DEL PAGO EXTEMPORÁNEO DEL IMPORTE DE LA PÓLIZA DE FIANZA REQUERIDA ACEPTANDO SOMETERSE A LA COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL PRIMER PARTIDO JUDICIAL DEL ESTADO DE JALISCO, RENUNCIANDO A LOS TRIBUNALES QUE POR RAZÓN DE SU DOMICILIO PRESENTE O FUTURO, LES PUDIERA CORRESPONDER.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA SE ACREDITARÁ ACOMPAÑANDO A SU ESCRITO DE RECLAMACIÓN LOS DOCUMENTOS QUE COMPRUEBEN LA EXISTENCIA Y EXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA EN TÉRMINOS DEL ART. 279 DE LA LEY, CON INDEPENDENCIA DE LO ANTERIOR, LA INSTITUCIÓN TENDRÁ DERECHO A SOLICITAR AL BENEFICIARIO TODO TIPO DE INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN QUE SEA NECESARIA RELACIONADA CON LA FIANZA MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN EN TÉRMINOS DE ESTE NUMERAL. FIN DEL TEXTO.

**ANEXO 20.**

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO**

**Guadalajara Jalisco, a \_\_ de \_\_\_\_ del 2021.**

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

**AT’N: Lic. L. C. P. Gildardo Flores Fregoso**

**Director de Recursos Materiales**

En cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente **PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN** de la **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS** para la adquisición de **“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**, manifiesto por medio del presente bajo protesta de decir verdad que la carta que adjunto es original donde se plasma que, en caso de resultar adjudicado, el **PROVEEDOR** se compromete a entregar la garantía de cumplimiento, señalada en el punto 20 de las **BASES,** de conformidad con lo establecido en el **Anexo 17.** (Escrito en formato libre).

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Licitante**

**o Representante Legal**

**ANEXO 21.**

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

**DECLARACIÓN DE APORTACIÓN CINCO AL MILLAR PARA EL FONDO IMPULSO JALISCO.**

Guadalajara Jalisco, a \_\_ de \_\_\_\_ del 2021.

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**PRESENTE.**

Yo, (nombre) en mi carácter de (persona física/representante legal de la empresa “xxx xxx x x xxx”) manifiesto que, \*\*SI/NO\*\* es mi voluntad el realizar la aportación cinco al millar del monto total del contrato, antes de IVA, para ser aportado al Fondo Impulso Jalisco con el propósito de promover y procurar la reactivación económica en el Estado, esto en el supuesto de resultar adjudicado en el presente proceso de adquisición.

Así mismo manifiesto que dicha aportación voluntaria no repercute en la integración de mi propuesta económica ni en la calidad de los bienes y/o servicios a entregar, así como mi consentimiento para que la Dirección de Recursos Financieros del **ORGANISMO**, realice la retención de tal aportación en una sola ministración en el primer pago, ya sea pago de anticipo, pago parcial o pago total.

Lo anterior señalado en los artículos 143, 145, 148 y 149 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Licitante

o Representante Legal

**Licitación Pública Local LCCC-022-2021 A TIEMPOS ACORTADOS**

**“EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MOBILIARIO Y EQUIPO DE CÓMPUTO PARA EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CIHUATLÁN Y EL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA HUERTA PERTENECIENTES AL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO”**

Bases aprobadas por unanimidad por los siguientes miembros del **COMITÉ** e invitados, en la **Vigésima Quinta Sesión Extraordinaria,** del día 04 de mayo de 2021.

| **NOMBRE** | **PROCEDENCIA** | **CARGO** | **FIRMA** | **ANTEFIRMA** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mtro. Gildardo Flores Fregoso | Director de Recursos Materiales del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco | Presidente Suplente |  |  |
| Lic. Abraham Yasir Maciel Montoya | Coordinador de Adquisiciones del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco | Secretario Ejecutivo |  |  |
| L.C.P. Álvaro Alejandro Ríos Pulido | Representante de la Contraloría del Estado | Vocal |  |  |
| Lic. Estela Gutiérrez Arreguin | Representante Suplente de la Secretaría de Administración | Vocal |  |  |
| Lic. Eduardo González Amutio | Representante del Centro Empresarial de Jalisco S.P. | Vocal |  |  |
| Lic. Juan Mora Mora | Representante Suplente del Consejo Agropecuario de Jalisco | Vocal |  |  |
| Lic. Abril Alejandra Ballina Aguiar | Representante del Órgano Interno de Control en el O.P.D. Servicios de Salud Jalisco | Invitada |  |  |
| Lic. Laura Gómez Márquez | Representante de la Dirección Jurídica del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco | Invitado |  |  |
| Lic. Alberto Ponce García | Representante suplente de la Secretaría de la Hacienda Pública del Gobierno del Estado de Jalisco | Invitado |  |  |