

---

## ACTA DE REUNIÓN DE ACLARACIÓN INVITACIÓN PÚBLICA ON-IP-05-2024

---

### “ADQUISICIÓN EQUIPAMIENTO MÉDICO” – PRIMERA CONVOCATORIA”

En las oficinas de la Caja de Salud de la Banca Privada, a horas 15:30 del día lunes 6 de mayo del año 2024, se realiza la reunión de aclaración de la Invitación Pública ON-IP-005/2024 Primera Convocatoria. La Reunión de Aclaración se realizó con la participación de los siguientes representantes de la Caja de Salud de la Banca Privada:

- Dr. Jhemis Molina.
- Dr. Oiker Calla.
- Dra. Escarleth Caballero.
- Ing. Paul Chambi.
- Ing. Diego Callisaya.
- Ing. Hernán Adrián Burgos.
- Lic. Ana Bernal.

#### EMPRESAS PARTICIPANTES

- MEDIQUIP – ROBERTO PEREDO
- MEDIMARK – LIMACHI
- GEDESA – MARCELO MONJE / MILTON SANCHEZ / EVANS MALDONADO
- BTL BOLIVIA – RODRIGO PONCE
- IMEMED – ANDRES MEJIA
- BIOTECNO – PATRICIA LOPEZ
- INGEVIDA – ALEJANDRO ROCABADO
- HANSA – DANIELA MALDONADO / IGNACIO VILLAGOMEZ / WILLIAM RUIZ
- BIOELECTRONIK – ISRAEL VILLARROEL
- COSIN – ANDREA ORTIZ Y FERNANDO
- SALUR – EDGAR SORUCO / FABIAN MORALES / DANI RODRIGUEZ
- STERN QUALITAT – CARLA CAINZO
- KODENTAL – AXEL RAMIREZ

#### 1. CONSULTAS ESCRITAS

De acuerdo a lo establecido en la convocatoria, el plazo de recepción de consultas escritas fue hasta el 03/05/2024 hasta Hrs.15:00, vía correo electrónico: [ana.bernal@csbp.com.bo](mailto:ana.bernal@csbp.com.bo)

Al respecto, se debe señalar que hasta la fecha y hora establecida en el Pliego de Condiciones, se recibieron Consultas Escritas de 3 (tres) empresas, que se darán lectura a continuación:

- **EMPRESA MEDIQUIP S.R.L.**

#### ITEM N°4 ESTERILIZADOR A VAPOR

##### Requisito N°3:

DICE: Consumo de potencia (kW), especificar de acuerdo a modelo de referencia no mayor a 30kw.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Consumo de potencia (kW), especificar de acuerdo a modelo de referencia no mayor a 40kw.

**JUSTIFICACIÓN:** Ante la posibilidad de ofrecer un equipo de mayor capacidad que beneficiaría a la institución, el consumo de potencia en consecuencia aumenta, por lo que solicitamos se amplíe este rango.

**RESPUESTA:**

*NO SE PUEDE MODIFICAR POR EL TEMA DE CABLEADO.*

**Requisito 8:**

**DICE:** Capacidad de la cámara de esterilización de 250 litros +/-10 litros.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Capacidad de la cámara de esterilización de 250 litros o mayor.

**JUSTIFICACIÓN:** Un equipo de mayor capacidad siempre será beneficioso, ya que el equipo podrá cubrir los requerimientos de esterilización que aumentan junto con el crecimiento de la institución, y no será necesario comprar otro equipo similar por un plazo de tiempo considerable.

**RESPUESTA:**

*NO SE PUEDE MODIFICAR LA CAPACIDAD ADICIONAL +/- 10 LITROS*

---

**ITEM N° 7**

**LUMINOTERAPIA**

**Requisito 5:**

**DICE:** Nivel de irradiación bajo o estándar: menor a 21  $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$  aprox.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Nivel de irradiación Bajo o estándar: menor a 23  $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$  aprox.

**JUSTIFICACIÓN:** La diferencia no es significativa, de esta manera se podrá permitir la participación de otras marcas, en nuestro caso General Electric.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SE CAMBIARÁ A MENOR 23  $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$  APROX.*

---

**ITEM 8.**

**MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**Requisito 6:**

**DICE:** Velocidad de señal: 6.25 mm/s, 12.5 mm/s, 25 mm/s, 50 mm/s. o mejor rango (Detallar).

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Velocidad de señal: 12.5 mm/s, 25 mm/s, 50 mm/s. o mejor rango (Detallar).

**JUSTIFICACIÓN:** El valor de 6.25 mm/s no es un rango de relevancia clínica, solo comercial y al aceptar la modificación se podrá permitir la oferta de diferentes equipos.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE DICHA VELOCIDAD EN ALGUNOS CASOS CUENTA CON RELEVANCIA CLÍNICA.*

**Requisito 6:**

**DICE:** Ganancia: x 0.125, x 0.25, x 0.5, x 1, x 2, x 4, auto o mejor rango (Detallar).

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Ganancia: x 0.5, x 1, x 2, x 4, auto o mejor rango (Detallar).

**JUSTIFICACIÓN:** Los valores de x 0.125, x 0.25, 6.25 mm/s no es un rango de relevancia clínica, sino comercial, y al aceptar la modificación se podrá permitir la oferta de diferentes equipos.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD CONSIDERANDO QUE DICHAS GANANCIAS SON CONSIDERADAS EN ALGUNOS CASOS DE VALOR DIAGNOSTICO.*

**Requisito 10:**

**DICE:** SPO2, con sensor Nellcor o Massimo.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Spo2 tecnología según fabricante

**JUSTIFICACIÓN:** En el mercado existen fabricantes que cuenta con su propia tecnología que cumplen perfectamente los estándares de calidad y seguridad, en nuestro caso General Electric cuenta con su propia tecnología llamado TruSignal que es de calidad similar a lo solicitado.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD SE ADICIONARÁ EL TERMINO U OTRAS TECNOLOGÍAS EN DICHO PARÁMETRO*

**Requisito 11:**

**Dice:**

De 20 a 300 (Desde SPO2).

De 20 a 350 (Desde NIBP).

De 20 a 300 (Desde IBP).

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:**

De 30 a 250 (Desde SPO2).

De 30 a 250 (Desde NIBP).

De 30 a 250 (Desde IBP).

**JUSTIFICACIÓN:** Fisiológicamente los valores solicitados no son válidos, humanamente no es posible llegar a esos valores, sino más bien son comerciales.

**RESPUESTA:**

*SE ADICIONARÁ EL TERMINO APROX. A CADA VALOR PARA TENER MÁS PARTICIPANTES*

**Requisito 12:**

**DICE:** Rango de 0°C a 50°C.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Rango de 10°C a 45°C.

**JUSTIFICACIÓN:** Fisiológicamente los valores solicitados no son válidos, humanamente no es posible llegar a esos valores, sino más bien son comerciales.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE ES UN RANGO AMPLIO EL QUE SE SOLICITA*

**Requisito 13:**

**DICE:**

- Rango de sistólica:
- Adulto: 25 o menor a 290 mmHg o mayor.
- Pediátrica: 25 o menor a 240 mmHg o mayor.
- Neonatal: 25 o menor a 140 mmHg o mayor.
- Rango de diastólica:
- Adulto: 10 o menor a 250 mmHg o mayor.
- Pediátrico: 10 o menor a 200 mmHg o mayor.
- Neonatal: 10 o menor a 115 mmHg o mayor.
- Rango de media:
- Adulto: 15 o menor a 260 mmHg o mayor.
- Pediátrico: 15 o menor a 215 mmHg o mayor.
- Neonatal: 15 o menor a 125 mmHg o mayor.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:**

- Rango de sistólica:
- Adulto: 30 o menor a 290 mmHg o mayor.
- Pediátrica: 30 o menor a 290 mmHg o mayor.

- Neonatal: 30 o menor 140 mmHg o mayor.
- Rango de diastólica:
- Adulto: 10 o menor a 220 mmHg o mayor.
- Pediátrico: 10 o menor a 220 mmHg o mayor.
- Neonatal: 10 o menor a 110 mmHg o mayor.
- Rango de media:
- Adulto: 20 o menor a 260 mmHg o mayor.
- Pediátrico: 20 o menor 260 mmHg o mayor.
- Neonatal: 20 o menor 125 mmHg o mayor.

**JUSTIFICACIÓN:** Los valores solicitados son comerciales y no así valores de relevancia clínica.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD SE CAMBIARÁ A UN PUNTO ABIERTO CONSIDERANDO QUE SE TIENE MISMA SOLICITUD POR OTRA EMPRESA*

#### **ITEM 10.**

#### **VENTILADOR NEONATAL Y HFE**

**Requisito 1:**

**DICE:** Pantalla color de 15,6 pulgadas o mayor.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Pantalla color de 10 pulgadas o mayor.

**JUSTIFICACIÓN:** Son pocas marcas en el mundo que manejan este tipo de equipo, además el tamaño de pantalla no define la calidad técnica de un ventilador. Con el fin de participar en la licitación y sabiendo que nuestro equipo supera muchos parámetros que son relevante clínicamente, solicitamos se acepte nuestro pedido.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE UNA PANTALLA DE MENOR TAMAÑO DIFICULTA LA CLARA VISUALIZACIÓN DE MEDICIONES, GRAFICAS, REGISTROS Y PARÁMETROS PARA EL OPERADOR.*

**Requisito 15:**

#### **AJUSTES DE VENTILACIÓN**

**DICE:** Frecuencia respiratoria, de 0,5 a 150 respiraciones/min.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Frecuencia respiratoria, de 2 a 150 respiraciones/min o mejor.

**JUSTIFICACIÓN:** No existe humanamente la respiración (0.5), y con el fin de brindar oportunidad a otras marcas con similares o mejores características.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SE CAMBIARÁ A LO SUGERIDO*

**Requisito 15:**

**DICE:** Tiempo inspiratorio (Ti) de 0,1 a 3 o mayor rango.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Tiempo inspiratorio (Ti) de 0,1 a 2 o mayor rango.

**JUSTIFICACIÓN:** Con el fin de brindar oportunidad a otras marcas con similares o mejores características.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO EN LA PRÁCTICA SE PUEDE LLEGAR A NECESITAR UN TIEMPO INSPIRATORIO DE 3 SEGUNDOS, POR ESTA RAZÓN SOLO SE ACEPTARÁN PROPUESTAS CON RANGO MAYOR O IGUAL AL SOLICITADO.*

**ITEM 11.  
ECÓGRAFO**

**REQUISITO 4:**

**DICE:** Pantalla secundaria a color táctil de manejo de menús integrado de 15" o mayor.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Pantalla secundaria a color táctil de manejo de menús integrado de 13" o mayor.

**JUSTIFICACIÓN:** No tiene relevancia clínica, y con el fin de poder ingresar a la licitación, sabiendo que se supera con varios parámetros que son relevantes clínicamente.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE EN LA PRACTICA UNA PANTALLA SECUNDARIA DE BUEN TAMAÑO PERMITE MEJOR DESPLAZAMIENTO DE MENUS INCLUYENDO OTRAS FUNCIONALIDADES TÉCNICAMENTE Y OPERATIVAMENTE RELEVANTES.*

**REQUISITO 18:**

**DICE:** TRANSDUCTORES:

- VOLUMETRICO: Tecnología de Cristal único con Frecuencia de: 2 MHZ (o menor) a 8 MHZ (o mayor).

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** VOLUMETRICO: Tecnología de Cristal único con Frecuencia de: 2,5 MHZ (o menor) a 8 MHZ (o mayor).

**JUSTIFICACIÓN:** No es un rango de relevancia clínica, sino comercial, y al aceptar la modificación se podrá permitir la oferta de diferentes equipos.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE LOS VALORES SOLICITADOS SON DE IMPORTANCIA CLÍNICA PARA EL MÉDICO ECOGRAFISTA AL BRINDARLE MEJOR PENETRACIÓN SOBRETUDO EN PACIENTES OBSTÉTRICOS.*

---

**ITEM 20. LARINGOSCOPIO 6 HOJAS  
ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES SOLICITADOS**

**DICE:** 1 hoja Miller (hoja recta) tamaño #00 36 mm de largo, medida vertical interior 8 mm.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 hoja Miller (hoja recta) tamaño #00 medida según fabricante.

**JUSTIFICACIÓN:** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**DICE:** 1 hoja Miller (hoja recta) tamaño #0 53 mm de largo, medida vertical interior 8 mm

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 hoja Miller (hoja recta) tamaño #0 medida según fabricante

**JUSTIFICACIÓN:** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**DICE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #1 89 mm de largo, largo interior de la base a la punta 63 mm

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #1 medida según fabricante

**JUSTIFICACIÓN:** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**DICE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #2 108 mm de largo, largo interior de la base a la punta 82 mm

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #2 medida según fabricante

**JUSTIFICACIÓN:** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**DICE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #3 126 mm de largo, largo interior de la base a la punta 101 mm.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #3 medida según fabricante

**JUSTIFICACIÓN:** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**DICE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #3 126 mm de largo, largo interior de la base a la punta 101 mm.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #3 medida según fabricante

**JUSTIFICACIÓN:** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**DICE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #4 160 mm de largo, largo interior de la base a la punta 135 mm.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 hoja Macintosh (hoja semicurva) tamaño #4 medida según fabricante

**JUSTIFICACIÓN** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**DICE:** 1 mango de fibra óptica con luz HALOGENA

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 1 mango de fibra óptica con luz led.

**JUSTIFICACIÓN:** Mejor concentración de luz, mayor vida útil, menor consumo de batería (Pilas) y menos dañina al cuerpo humano.

**RESPUESTA:**

SE ACEPTA LA SOLICITUD DE MEDIDAS SEGÚN EL FABRICANTE, SE MODIFICARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1 hoja Miller (hoja recta) tamaño #00, medida de acuerdo a fabricante.
- 1 hoja Miller (hoja recta) tamaño #0, medida de acuerdo a fabricante
- 1 hoja MacIntosh (hoja semicurva) tamaño #1, medida de acuerdo a fabricante
- 1 hoja MacIntosh (hoja semicurva) tamaño #2, medida de acuerdo a fabricante
- 1 hoja MacIntosh (hoja semicurva) tamaño #2, medida de acuerdo a fabricante
- 1 hoja MacIntosh (hoja semicurva) tamaño #3, medida de acuerdo a fabricante
- 1 hoja MacIntosh (hoja semicurva) tamaño #4, medida de acuerdo a fabricante

**ÍTEM N° 12**

**EQUIPOS DE PLASMA**

**Requisito 1:**

**DICE:** Capacidad de la cámara 160 litros o más

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Capacidad de la cámara 135 litros o más

**JUSTIFICACIÓN:** Cámaras más pequeñas, generarán a la institución un ahorro en el químico necesario para el equipo. Además, tendrán mayores opciones de proponentes.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE ES EL VOLUMEN MÍNIMO DE TRABAJO EN LA CSBP.*

**Requisito 3:**

**DICE:** Cámara interna rectangular de aluminio construido de materiales de alta calidad. Medidas aproximadas Alto 420 x Ancho 420 x Profundidad 924 mm +/-3%.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Cámara interna rectangular de aluminio construido de materiales de alta calidad. Medidas de acuerdo a la marca y modelo del equipo.

**JUSTIFICACIÓN:** Colocar las medidas de cámara, limita la participación de los proponentes ya que las medidas de las cámaras de estos equipos son optimizadas según el diseño de cada marca.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE LAS DIMENSIONES INTERNAS DE LA CÁMARA VAN ACORDE AL VOLUMEN Y MATERIAL A ESTERILIZAR QUE TIENE LA CSBP.*

**ITEM 27.**

**REQUISITO 3:**

**DICE:** Precisión de 1.5 % aprox.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Precisión de 1.5 % con un rango de  $\pm 1\%$

**JUSTIFICACIÓN:** Se está cerrando solo a un equipo en específico.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE EL TERMINO APROXIMADO CONTEMPLA UN RANGO*

**REQUISITO 4:**

**BOMBAS DE INFUSION A JERINGA**

**DICE:** Jeringas compatibles: 1ml, 2ml, 3ml, 5ml, 10ml ,20ml, 30ml ,50ml y 60ml.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** 2ml, 3ml, 5ml, 10ml ,20ml, 30ml ,50ml y 60ml

**JUSTIFICACIÓN:** Con el fin de brindar oportunidad a otras marcas con similares o mejores características.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, YA QUE TODAS LAS JERINGAS REQUERIDAS HAN SIDO SOLICITADAS POR LA PARTE OPERATIVA.*

**REQUISITO 5:**

**DICE:** Rango de flujo: 0.1 a 2.200ml/h. o mayor en incremento de 0.01ml/h

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Rango de flujo: 0.1 a 1.800ml/h. o mayor, con un incremento de 0.01ml/

**JUSTIFICACIÓN:** Con el fin de brindar oportunidad a otras marcas con similares o mejores características.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, TOMANDO EN CUENTA QUE SE REQUIERE DE AMPLIOS RANGOS.*

---

**ÍTEM N° 31**

**SELLADORA PARA ESTERILIZACIÓN**

**Requisito 2:**

**DICE:** Tiene un panel digital con controlador de temperatura ajustable de hasta 300 °C.

**SOLICITAMOS SE MODIFIQUE:** Tiene un panel digital con controlador de temperatura ajustable de hasta 200 °C.

**JUSTIFICACIÓN:** En los equipos selladoras de esterilización una temperatura de 300° quemaría y arruinaría las bolsas de esterilización que se quiere sellar. Las selladoras en su gran mayoría tienen una temperatura máxima de 200°, que es más que suficiente para sellar las diferentes bolsas que se utilizan en esterilización.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SE AMPLIARÁ DE LA SIGUIENTE FORMA: TIENE UN PANEL DIGITAL CON CONTROLADOR DE TEMPERATURA AJUSTABLE DE HASTA 200 °C O 300°C.*

- **SALUR S.R.L.**

**CONSULTA 1.**

**ITEM 1. ENDOSCOPIO FLEXIBLE PARA FIBROBRONCOSCOPIO**

**En el Requisito 1:** Profundidad de campo 6-50 mm

---

**Consulta:** Solicitamos adicionar las palabras “o mejor rango” ampliando el rango de la profundidad de campo para permitir a otras empresas ofrecer un mejor rango al solicitado.

**RESPUESTA:**

*SE ACEPTA, SE REALIZARÁ LA ENMIENDA.*

---

**CONSULTA 2.**

**ITEM 1. ENDOSCOPIO FLEXIBLE PARA FIBROBRONCOSCOPIO**

**Requisito 3:** Angulo de flexión 180° arriba, 160° abajo

**Consulta:** Solicitamos adicionar las palabras “o superior” tanto al ángulo de flexión de 180° como al de 160° para permitir a otras empresas ofrecer un ángulo de flexión superior al solicitado.

**RESPUESTA:**

*SE ACEPTA, SE REALIZARÁ LA ENMIENDA.*

---

**CONSULTA 3.**

**ITEM 1. ENDOSCOPIO FLEXIBLE PARA FIBROBRONCOSCOPIO**

**En el punto: Requisito 4:** Diámetro de cordón de inserción delgado 3,8 mm (0,15 in), canal de trabajo de 1,2 mm

**Consulta:** Solicitamos ampliar el diámetro tanto del cordón de inserción como del canal de trabajo con una variación de +/-0,3 mm para poder permitir la participación de otras empresas con equipo similares al solicitado cuya variación de diámetro es mínima.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DEBIDO A QUE EL SERVICIO CUENTA CON MATERIAL ESPECÍFICO COMO SER: PINZAS PARA BIOPSIA, CANASTILLOS DE EXTRACCIÓN, ETC. COMPATIBLES CON LAS MEDIDAS SOLICITADAS, POR LO TANTO, NO SE PUEDE REALIZAR EL CAMBIO SOLICITADO.*

---

**CONSULTA 4.**

**ITEM 1. ENDOSCOPIO FLEXIBLE PARA FIBROBRONCOSCOPIO**

**En el punto: Requisito 5:** Diámetro de cordón de inserción mediano 5,0 mm (0,20 in), canal de trabajo de 2,2 mm

**Consulta:** Solicitamos ampliar el diámetro tanto del cordón de inserción como del canal de trabajo con una variación de +/-0,3 mm para poder permitir la participación de otras empresas con equipo similares al solicitado cuya variación de diámetro es mínima.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DEBIDO A QUE EL SERVICIO CUENTA CON INSTRUMENTAL COMPATIBLE CON LAS MEDIDAS SOLICITADAS, POR LO TANTO, NO SE PUEDE REALIZAR EL CAMBIO SOLICITADO.*

---

**CONSULTA 5.**

**ITEM 1. ENDOSCOPIO FLEXIBLE PARA FIBROBRONCOSCOPIO**

**En el punto: Requisito 6:** Diámetro de cordón de inserción largo 5,8 mm (0,23 in), canal de trabajo de 2,8 mm

**Consulta:** Solicitamos ampliar el diámetro tanto del cordón de inserción como del canal de trabajo con una variación de +/-0,3 mm para poder permitir la participación de otras empresas con equipo similares al solicitado cuya variación de diámetro es mínima.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DEBIDO A QUE EL SERVICIO CUENTA CON INSTRUMENTAL COMPATIBLE CON LAS MEDIDAS SOLICITADAS, POR LO TANTO, NO SE PUEDE REALIZAR EL CAMBIO SOLICITADO.*

---

**CONSULTA 6.**

**ITEM 2. VIDEOLARINGOSCOPIO**

**En el punto: Requisito 3:** Monitor de alta calidad

**Consulta:** Solicitamos la aclaración de si con alta calidad se refieren al tipo o a la resolución de pantalla

**RESPUESTA:**

*HACE REFERENCIA A LA RESOLUCIÓN DE LA PANTALLA.*

---

**CONSULTA 7.**

**ITEM 5. RESECTOSCOPIO BIPOLAR**

**En el punto: Requisito 2:** Potencia de corte y coagulación 400W o mayor

**Consulta:** Solicitamos la aclaración de la potencia máxima de coagulación requerida, ya que esta al usarse para sellar los tejidos no puede tener el mismo valor que una potencia de corte de tejido

**RESPUESTA:**

*SE MODIFICARÁ A POTENCIA DE CORTE Y COAGULACIÓN HASTA 400W DEBIDO A QUE ES UNA SOLICITUD DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE*

---

**CONSULTA 8.**

**ITEM 5. RESECTOSCOPIO BIPOLAR**

**En el punto: Requisito 6:** Los equipos ofertados deben ser compatibles el instrumental del servicio de urología de la Regional La Paz de la C.S.B.P.

**Consulta:** Solicitamos la aclaración de características generales del instrumental del servicio de urología de la Regional La Paz de la C.S.B.P para verificar la compatibilidad con los modelos que dispone nuestro fabricante

**RESPUESTA:**

*EL INSTRUMENTAL COMPATIBLE PARA EL EQUIPO RESECTOSCOPIO BIPOLAR TIENE QUE SER COMPATIBLE CON LA LINEA STORZ.*

---

**CONSULTA 9.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 1:** Pantallas táctil capacitiva de 15" o superior.

**Consulta:** Solicitamos se modifique a "**Pantalla táctil (capacitiva o de acuerdo a fabricante)**". Para que otras empresas puedan participar dentro de la característica solicitada.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD CONSIDERANDO QUE LA CAPACITIVA TIENE MEJOR FUNCIONALIDAD TÉCNICA.*

---

**CONSULTA 10.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto:**

**Requisito 3:** Parámetros integrados incluyen ECG de 5 derivaciones, SpO<sub>2</sub>, NIBP, respiración, temperatura, IBP, CO<sub>2</sub> sidestream.

---

**Consulta:** Solicitamos adicionar las palabras “**u otras tecnologías**”, en el parámetro de CO2 para que se tenga más opciones como: Mainstream, microstream o sidestream.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SE ADICIONARÁ EL TERMINO U OTRAS TECNOLOGÍAS EN DICHO PARAMETRO*

---

**CONSULTA 11.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 6:**

- Ganancia: x 0.125, x 0.25, x 0.5, x 1, x 2, x 4, auto o mejor rango (Detallar).

**Consulta:** Solicitamos que el rango de la ganancia sea de “**x 0.5, x 1, x 2, x 4, auto o mejor rango**”, para que más empresas puedan participar dentro del rango de lo que se solicita y otras empresas puedan mejorar el rango.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD CONSIDERANDO QUE LAS GANANCIAS SON CONSIDERADAS EN ALGUNOS CASOS DE VALOR DIAGNÓSTICO*

---

**CONSULTA 12.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 9:**

Frecuencia respiratoria de 0 rpm a 200 rpm o mayor.

**Consulta:** Solicitamos que el rango de la frecuencia respiratoria sea de “**0 rpm a 120 rpm o mayor**”, para que más empresas puedan participar dentro del rango que solicitan y otras empresas puedan mejorar el rango.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD CONSIDERANDO QUE NUESTRO MONITORES DEBEN TENER UN RANGO LO MAS AMPLIO POSIBLE ANTE LA NECESIDAD EVENTUAL QUE SE DE INTERÉS DE LA CSBP.*

---

**CONSULTA 13.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 10:**

SPO2, con sensor Nellcor o Massimo.

**Consulta:** Solicitamos adicionar las palabras “**u otras tecnologías**” entre las opciones de los sensores, con la condición de que las otras tecnologías puedan cumplir con lo solicitado de: Rango de 0 a 100% y con indicador de índice de perfusión.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD SE ADICIONARÁ EL TERMINO U OTRAS TECNOLOGÍAS EN DICHO PARAMETRO*

---

**CONSULTA 14.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 11:**

- De 20 a 300 (Desde SPO2).
- De 20 a 350 (Desde NIBP).
- De 20 a 300 (Desde IBP).

**Consulta:** Solicitamos modificar los valores y adicionar las palabras “**o mejor rango**”:

- De 30 a 300 o mejor rango (Desde SPO2).
- De 40 a 300 o mejor rango (Desde NIBP).
- De 25 a 350 o mejora rango (Desde IBP).

Para que más empresas puedan participar dentro del rango que se solicita y otras empresas puedan mejorar los rangos.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SE ADICIONARÁ EL TERMINO O MEJOR A DICHOS PARAMETROS*

---

**CONSULTA 15.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 12:**

- Rango de 0°C a 50°C.

**Consulta:** Solicitamos modificar el rango y adicionar las palabras “o mejor rango” a la medición como ser: “-1 a 45°C o mejor rango.”

Para que otras empresas puedan participar dentro del rango que se solicita y otras empresas puedan mejorar el rango.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE ES UN RANGO AMPLIO EL QUE SE SOLICITA*

---

**CONSULTA 16.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 13:**

- Modo Manual, Auto, STAT, Secuencial

**Consulta:** Solicitamos que se pueda modificar a “4 Modos: Manual, Auto, Secuencial y opción adicional de acuerdo al fabricante”

Para que más empresas presenten una 4ta tecnología/modo de medición de PNI de acuerdo a la marca que ofertan.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD SE CAMBIARÁ A OPCIONA ADICIONAL DE ACUERDO A FABRICANTE*

---

**CONSULTA 17.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Requisito 13:**

- Rango de sistólica:
  - Adulto: 25 o menor a 290 mmHg o mayor.
  - Pediátrica: 25 o menor a 240 mmHg o mayor.
  - Neonatal: 25 o menor 140 mmHg o mayor.
- Rango de diastólica:
  - Adulto: 10 o menor a 250 mmHg o mayor.
  - Pediátrico: 10 o menor a 200 mmHg o mayor.
  - Neonatal: 10 o menor a 115 mmHg o mayor.
- Rango de media:
  - Adulto: 15 o menor a 260 mmHg o mayor.
  - Pediátrico: 15 o menor 215 mmHg o mayor.
  - Neonatal: 15 o menor 125 mmHg o mayor.

**Consulta:** Solicitamos que se pueda modificar los parámetros, como ser:

- Rango de sistólica:
  - Adulto: 30 o menor, a 270 mmHg o mayor.
  - Pediátrica: 30 o menor, a 180 mmHg o mayor.
  - Neonatal: 30 o menor, a 130 mmHg o mayor.
- Rango de diastólica:
  - Adulto: 10 o menor, a 245 mmHg o mayor.
  - Pediátrico: 10 o menor, a 150 mmHg o mayor.
  - Neonatal: 10 o menor, a 100 mmHg o mayor.
- Rango de media:
  - Adulto: 20 o menor, a 255 mmHg o mayor.
  - Pediátrico: 20 o menor, a 160 mmHg o mayor.
  - Neonatal: 20 o menor, a 120 mmHg o mayor.

Para que otras empresas puedan participar dentro del rango que se solicita y otras empresas puedan mejorar el rango.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD SE CAMBIARÁ A UN PUNTO ABIERTO CONSIDERANDO QUE SE TIENE MISMA SOLICITUD POR OTRA EMPRESA*

---

**CONSULTA 18.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Accesorios:**

- (1) Una Manguera PANI de 3,5 m

**Consulta:** Solicitamos que se pueda modificar a “**(1) Una Manguera PANI de 3 m o mejor.**”

Para que más empresas puedan presentar sus opciones, y otras empresas puedan mejorar esta opción.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD CONSIDERANDO QUE ES UNA DISTANCIA ACEPTABLE*

---

**CONSULTA 19.**

**ITEM 8. MONITOR MULTIPARAMETRO BASICO**

**En el punto: Accesorios:**

- (1) Un Cable adaptador de sonda de temperatura

**Consulta:** Solicitamos que se pueda modificar a “**(1) Un Cable adaptador de sonda de temperatura (no excluyente)**”

Ya que existen empresas que tienen sensores de temperatura reutilizables, que van conectados directamente al equipo, por eso no requieren un cable adaptador.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD SE CAMBIARÁ A (NO EXCLUYENTE)*

---

**CONSULTA 20.**

**ITEM 30. ASPIRADOR QUIRURGICO**

**En el punto: Requisito 1: Caudal máximo: 90 L/min**

**Consulta:** Solicitamos la aclaración de si el valor solicitado de 90 L/min es el valor máximo al que debe llegar el aspirador, o si este en realidad es el valor mínimo que requiere la entidad y busca un caudal de 90L/min o mayor

**RESPUESTA:**

*SE ACLARA QUE ES EL CAUDAL MÁXIMO QUE DEBE LLEGAR EL ASPIRADOR*

---

**CONSULTA 21.**

**ITEM 30. ASPIRADOR QUIRURGICO**

**En el punto: Requisito 2:** Vacío máximo: 0 - 90 kpa - 900 mbar - 675 mmHg

**Consulta:** Solicitamos la aclaración de si el valor solicitado de 90 kpa - 900 mbar - 675 mmHg un valor tope que no se debe sobrepasar o si se acepta valores superiores a este

**RESPUESTA:**

*SE ACLARA QUE ES EL VACIO MÁXIMO QUE DEBE LLEGAR EL ASPIRADOR, NO PUEDE SOBREPASAR ESOS VALORES*

---

**CONSULTA 22.**

**ITEM 30. ASPIRADOR QUIRURGICO**

**H. DOCUMENTACION A ENTREGARSE EN LA PROPUESTA Y NORMATIVAS A CUMPLIR**

**En el punto: Certificado F.D.A. y/o C.E. (Debe describir la marca y modelo del equipo ofertado).**

**Consulta:** Se aclara que los certificados CE no incluyen el modelo de los equipos ya que estos son generales para el tipo de equipo con todos sus modelos por lo que se solicita quitar la parte que dice **"(Debe describir la marca y modelo del equipo ofertado)."**

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SE QUITARÁ EL TEXTO EN PARÉNTESIS.*

• **MEDIMARK**

**1. Solicitamos que en todos los ítems en la sección H. "DOCUMENTACION A ENTREGARSE EN LA PROPUESTA Y NORMATIVAS A CUMPLIR", en la solicitud de certificaciones se modifique por:**

- El proponente debe entregar la certificación ISO 13485 y/o ISO 9001 o su equivalente y/o F.D.A. y/o C.E., en fotocopia simple vigente (sujeto a verificación).

Se debe considerar que la mayoría de los equipos médicos cuentan con al menos una de las certificaciones de calidad y que no sería un requisito que excluya a los participantes.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA MODIFICACIÓN DEBIDO A QUE TANTO LAS NORMAS ISO 13485 E ISO 9001 Y LAS CERTIFICACIONES FDA Y CE GARANTIZAN LA GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS Y SU SEGURIDAD EN USO CON PACIENTES.*

---

**2. En el ítem 4 "ESTERILIZADOR A VAPOR":**

**2.1 Se solicita en la sección "II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)", el en requisito 10, "Cámara circular que asegure una mejor distribución del vapor."**

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Cámara rectangular que asegure una mejor distribución del vapor y uso de los espacios internos.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA MODIFICACIÓN DEBIDO A QUE ES UN REQUERIMIENTO DEL SERVICIO Y DE ACUERDO A OPERATIVA DIARIA SE OBSERVÓ UNA MEJOR DISTRIBUCIÓN DE VAPOR EN UNA CÁMARA CIRCULAR.*

**2.2 En la sección "II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)", se repite el requerimiento de "Generador de Vapor" que comprende desde el requisito 43 al 54.**

**RESPUESTA:**

*SE ACEPTA LA ENMIENDA, SE REALIZARÁ LA ELIMINACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DUPLICADAS EN LOS PUNTOS OBSERVADOS POR LA EMPRESA.*

---

**3. En el ítem 15 “ELECTROCARDIOGRAFO”:**

**3.1 Se solicita en la sección “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)”**, el “Filtro paso bajo: 75, 100 y 150 Hz o mejor rango.”

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Filtro paso bajo o similar de acuerdo a cada fabricante.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEBIDO A QUE ES UNA CARACTERÍSTICA SOLICITADA POR EL SERVICIO Y SE DA LA POSIBILIDAD DE MEJORAR EL RANGO DE BASE SOLICITADO PARA PERMITIR LA PARTICIPACIÓN DE EMPRESAS.*

**3.2 Se solicita en la sección “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)”**, en Impresión, “Velocidad de impresión seleccionable por el usuario entre:

5, 10, 25 o 50 mm/s o mejor rango (detallar)”.

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Velocidad de impresión seleccionable por el usuario entre: 5, 10, 25 o 50 mm/s (+/- 2.5mm/s) (detallar) o de acuerdo a cada fabricante”.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEBIDO A QUE SON PARÁMETROS DE BASE REQUERIDOS POR EL SERVICIO Y SE DA LA POSIBILIDAD DE MEJORAR EL RANGO DE BASE SOLICITADO PARA PERMITIR LA PARTICIPACIÓN DE EMPRESAS.*

**3.3 Se solicita en la sección “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)”**, en Impresión, “Formato de impresión de informes: 6 canales y estándar o Cabrera o mejor (detallar).”

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Formato de impresión de informes: de acuerdo a cada fabricante (detallar).

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEBIDO A QUE LOS 2 FORMATOS REQUERIDOS SON LOS UTILIZADOS POR EL SERVICIO Y SE ABRE LA OPCIÓN DE OFERTAR FORMATOS DE IMPRESIÓN ADICIONALES COMO MEJORA.*

**3.4 Se solicita en la sección “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)”**, en Impresión, “Impresión en rollo de papel de 110 mm o superior.”

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Impresión en papel térmico, de acuerdo a cada fabricante (detallar).

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA YA QUE SE TRATA DEL FORMATO QUE MANEJA EL SERVICIO PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES.*

**3.5 Se solicita en la sección “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)”**, en Almacenamiento, “Capacidad de almacenamiento interna de 500 grabaciones de 12 canales de 10 segundos”

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Capacidad de almacenamiento interna de 500 ECGs o superior.

**RESPUESTA:**

*SE ACEPTA, SE REALIZARÁ LA ENMIENDA.*

**3.6 Se solicita en la sección “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)”**, en ACCESORIOS Y/O INSUMOS SOLICITADOS, “12 (Doce) rollos de papel térmico”.

Solicitamos se modifique esta característica por:

- 12 (Doce) piezas de papel térmico en presentación de acuerdo a cada fabricante.

**RESPUESTA:**

*SE ACEPTA, SE REALIZARÁ LA ENMIENDA.*

**3.7 Se solicita en la sección** “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)”, en ALIMENTACION ELECTRICA, “Tiempo de funcionamiento: 5 horas de uso normal como mínimo” y “Tiempo de recarga (descarga total): 3.5 horas o mejor.”.

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Tiempo de funcionamiento de acuerdo a cada fabricante (detallar).
- Tiempo de recarga (descarga total) de acuerdo a cada fabricante (detallar).

Hacemos conocer que son características en general que no impiden el buen funcionamiento y la finalidad principal del equipo solicitado, que además dan oportunidad de que más proponentes se presenten en este proceso.

**RESPUESTA:**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DEBIDO A QUE POR LA CANTIDAD DE PACIENTES Y QUE EL EQUIPO ESTÁ CONSTANTEMENTE EN MOVIMIENTO SE PRECISA EL TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO SOLICITADO Y QUE EL EQUIPO SE RECARGUE ENTRE CAMBIOS DE TURNO.*

**En el ítem 28. BOMBA DE INFUSION VOLUMETRICA:**

Se solicita en la sección “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)” en el requisito 1, “Velocidad de infusión de 0.1 ml/h hasta 2300 ml/h sin interrupción de la infusión”.

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Velocidad de infusión de 0,1 hasta 1000 ml/h o mejor sin interrupción de la infusión.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE ES UN REQUERIMIENTO DE LA UNIDAD*

**4.2 Se solicita en la sección** “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)” en el requisito 4, “Flujo de purga ajustable de 1 a 2300 ml/hr”.

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Purga del equipo de acuerdo a fabricante.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE ES UN REQUERIMIENTO DE LA UNIDAD*

**4.3 Se solicita en la sección** “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)” en el requisito 7, “Batería recargable de Ni-MH sin necesidad de mantenimiento con autonomía de funcionamiento de 5 o más horas a 25ml/hr”.

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Batería recargable sin necesidad de mantenimiento con autonomía de funcionamiento de 5 o más horas a 25ml/hr.

**RESPUESTA:**

*SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SE QUITARÁ EL TEXTO NI-MH*

**4.4 Se solicita en la sección** “II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL(LOS) BIEN(ES)” en el requisito 10, “Modo mínimos de: Modo de velocidad (tasa), modo de dosis, modo de tiempo de dosis, modo de tiempo, modo secuencial, modo intermitente, modo de carga de dosis, modo de rampa, modo de microinfusión, modo de goteo”.

Solicitamos se modifique esta característica por:

- Modos mínimos de: ml/h, Peso corporal, Goteo, Secuencia, Dosis de carga, rampa arriba/abajo, o similares como mínimo.

**RESPUESTA:**

*NO SE ACEPTA LA SOLICITUD, CONSIDERANDO QUE ES UN REQUERIMIENTO DE LA UNIDAD*

**5 En el ítem 30**, aclarar si el equipo que se está solicitando es un “Aspirador quirúrgico” (según lo señalado en el formulario N° 3 de PROPUESTA TÉCNICA) o un “Espirómetro Portátil” (según el formulario N°4 de PROPUESTA ECONÓMICA).

**RESPUESTA:**

*SE ACLARA QUE ES UN ASPIRADOR QUIRURGICO, SE CORREGIRÁ LO OBSERVADO*

**2. CONSULTAS EN REUNION VÍA ZOOM**

**BTL**

**ITEM 6**

**REQUISITO 5**

**Se requiere:** “RS232 y Ethernet integrados para conexión a PC”,

**Se solicita:** añadir término “**y/o**”, ya que RS232 tecnología obsoleta-antigua

**Justificación:** hoy en día se utiliza USB, Ethernet e incluso wifi, para actualización del equipo se utiliza USB, Ethernet; si es para exportación de datos se puede usar USB, Ethernet o Wifi

**RESPUESTA**

*SE REALIZARÁ ENMIENDA AGREGANDO TERMINO “Y/O”*

**REQUISITO 16**

**Se requiere:** Se requiere “Autodiagnóstico e interpretación de ECG incluyendo Código de Minnesota e Información del diagnóstico (Detallar las características de la función).

**Se solicita:** ampliación a “**similar**”

**Justificación:** otras marcas manejan protocolos AJA 2017, INTERNACIONAL 2017 O SIAT 2013, todos protocolos cardiológicos aprobados y acordados entre cardiólogos, esto permitirá acceso a otros tipos de protocolos o accesos que se manejan al día de hoy hasta con IA

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE REALIZAR EL CAMBIO AL SER UNA SOLICITUD DEL SERVICIO; SIN EMBARGO, SI LA OFERTA PRESENTADA SE JUSTIFIQUE DE MANERA TECNICA COMO MEJORA, PUEDE SER TOMADA EN CUENTA PARA LA CALIFICACION COMO UNA MEJORA*

**REQUISITO 17**

**Se requiere:** Teclado alfanumérico, inicio rápido y teclas de acceso directo.

**Se solicita:** Se entiende que requieren teclado físico sobre el equipo, se solicita incluir opción de teclado digital

**Justificación:** Existen equipos con pantallas de gran tamaño que permiten acceso a teclados digitales en la misma pantalla, no afectando el manejo del ingreso, datos y exportación, permitiendo así equipos más modernos

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE REALIZAR CAMBIO, POR PROBLEMAS CON LA PANTALLA TACTIL POR EL USO DE GUANTES, ES REQUERIMIENTO DEL SERVICIO, DEBIDO A QUE SE LES FACILITA MUCHO CONFIGURAR CON UN TECLADO FISICO LOS PARAMETROS*

**REQUISITO 26**

**Se requiere:** Constante de tiempo: 3,2 seg.

**Justificación:** A que se refieren con ese dato, es posible que se refieren al tiempo de muestreo de la onda DCG

**Se solicita:** Se sugiere Tiempo de muestreo de la onda ECG de 3.2 seg. o mayor

**RESPUESTA**

SE HACE REFERENCIA AL TIEMPO DE MUESTREO DE LA ONDA ECG, SE CAMBIARÁ LA REDACCION PARA QUE SEA MAS CLARA Y NO GENERE CONFUSIÓN.

SE REALIZARÁ EL CAMBIO A TIEMPO DE MUESTREO DE LA ONDA DCG DE 3.2 SEG. O MAYOR

ITEM 14

REQUISITO 12

**Se requiere:** Para uso con pacientes: Neonatales, Pediátricos y Adultos

**Se solicita:** eliminar el texto neonatal

**Justificación:** No es muy común utilizar holter en pacientes neonatales,

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE REALIZAR EL CAMBIO DEBIDO A QUE ES UN REQUERIMIENTO DE LA UNIDAD SOLICITANTE, VARIAS EMPRESAS COMERCIALIZAN HOLTERS COMPATIBLES CON PACIENTES NEONATALES

ITEM 15

ALMACENAMIENTO

**Se requiere:** Almacenamiento externo de 4 GB como mínimo.

**Se solicita:**

**Justificación:** Se refieren a la conexión de memorias externa, el equipo tiene que tener esa capacidad

**RESPUESTA**

EL EQUIPO TIENE QUE SER COMPATIBLE CON MEMORIA EXTERNA DE 4 GIGAS EN ADELANTE EN CONEXIÓN EXTERNA

ITEM 29

REQUISITO 4

**Se requiere:** Pantalla táctil LCD a color de 7", los botones se pueden operar junto con la pantalla táctil.

**Se solicita:** Ampliar pantallas 5" o superior

**Justificación:**

**RESPUESTA**

SE REALIZARÁ ENMIENDA "5" O SUPERIOR"

---

## BIOTECNO

ITEM 4

REQUISITO 18

**Se requiere:** Puerta deslizable vertical controlado por sensores de proximidad sin contacto físico.

**Se solicita:** Aclarar a que se refiere

**RESPUESTA**

SE BUSCA UN EQUIPO CON UN SISTEMA QUE PERMITA CONTROLAR LA PUERTA CON DESLIZAMIENTO VERTICAL, EXISTEN SENSORES QUE SE ACTIVAN A TRAVÉS DE CONTROLES CONFIGURADAS DE ACUERDO A SU FABRICACIÓN QUE PERMITEN ACCIONAR LOS MOVIMIENTOS SIN QUE EL PERSONAL TENGA CONTACTO DIRECTO CON LA PUERTA DEL EQUIPO. ESTO PARA EVITAR CUALQUIER ACCIDENTE QUE SE TIENEN CON OTRO TIPO DE MECANISMOS DE CIERRE, YA SEA MANUAL O MECÁNICO, NEUMÁTICO, ETC.

---

## GEDESA

ITEM 4

REQUISITO 18 –

**Se requiere:** Puerta deslizable vertical controlado por sensores de proximidad sin contacto físico.

**Se solicita:** Retirar característica

**Justificación:** esta tecnología podría tener problemas de seguridad, en el punto 22 se solicita apertura manual en caso de falla

**RESPUESTA**

SE RECHAZA LA SOLICITUD, SE HA TENIDO EXPERIENCIAS CON OTRAS TECNOLOGÍAS DE CONTROL DE PUERTA, INCLUIDO EL SOLICITADO, EL PERSONAL DEL SERVICIO HA TENIDO BUENAS REFERENCIAS Y MAYOR COMODIDAD EN EL MANEJO DE LA TECNOLOGÍA SOLICITADA, POR EL CONTRARIO, A LO QUE INDICA LA EMPRESA GEDESA, ESTA TECNOLOGÍA HA DEMOSTRADO EFICIENCIA EN SU FUNCIONAMIENTO, SEGURIDAD AL PERSONAL DEL SERVICIO AL NO TENER CONTACTO PARA PODER MANIPULAR LOS MOVIMIENTOS.

EL PUNTO 22 TODOS LOS EQUIPOS AUTOCLAVES TIENEN ESA FUNCIÓN, Y LA FALLA A LA QUE NOS REFERIMOS ES CUANDO PUEDEN EXISTIR CORTES DE ENERGÍA ELÉCTRICA, FALLAS EN LOS SUMINISTROS REQUERIDOS. EN ESE MOMENTO EL PERSONAL DEBE TENER LA CAPACIDAD DE PODER ACCEDER A LOS PAQUETES DENTRO EL AUTOCLAVE.

ITEM 3

REQUISITO 3

**Se requiere:** Tamaño compacto para áreas pequeñas y con aplicaciones móviles.

**Se solicita:** Aclarar a que se refiere con aplicaciones móviles

**RESPUESTA**

APLICACIONES MOVILES SE REFIERE A LOS ACCESORIOS QUE TIENE QUE LLEVAR EJEMPLO CHASIS DE DIFERENTES MEDIDAS, INCLUYENDO ESPINOGRAFIAS, MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES.

REQUISITO 9

**Se requiere:** Opción de lectura de placa en situaciones de emergencia.

**Se solicita:** Se refiere a que el sistema pueda tener acceso a emergencia o que están indicando con situación de emergencia

**RESPUESTA**

SE REFIERE A QUE AL PONER EL CHASIS PARA SU LECTURA DE IMAGEN NO SEA NECESARIO INCLUIR DATOS POR EJEMPLO: NOMBRE, MATRICULA, EDAD, ET. TAMPOCO QUE SE DIRECCIONE A UN ESPACIO VACIO, EN ESTE CASO PODEMOS CONFUNDIR LAS IMÁGENES OBTENIDAS POR LA EMERGENCIA DEL PACIENTE.

REQUISITO 15

**Se requiere:** inconsistencia requisito 15 (producción de 33 placas/hora o mayor) y requisito 26 (debe procesar hasta 180 imágenes/hora)

**Se solicita:** aclarar inconsistencia

**Justificación:** entendemos que cada chasis tiene una placa de fosforo que se estimula con los rayos X, pero indican primero una producción de 33 y luego de 180, no existe relación

**RESPUESTA**

*SE REFIERE LA CANTIDAD DE IMÁGENES PROCESADAS POR HORA*

REQUISITO 17

**Se requiere:** Tres (03) chasis con tamaño de 35X43 cm para columna completa FLFS.

**Se solicita:** eliminar FLFS, y queda "Tres (03) chasis con tamaño de 35X43 cm para columna o miembros inferiores"

**Justificación:** FLFS corresponde solamente a chasis de marca AGFA

**RESPUESTA**

*SE REQUIERE UN FORMATO PARA REALIZAR ESPINOGRAMAS Y MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES EN ADULTOS HASTA 180 CM, POR SOLICITUD DE LA ESPECIALIDAD NO SOLO NIÑOS TAMBIEN ADULTOS QUE SEA EN UNA SOLA TOMA DE RAYOS X*

REQUISITO 28

**Se requiere:** Incluido sistema de gestión automática del almacenamiento de imágenes.

REQUISITO 34

**Se requiere:** Capaz de mostrar hasta doce (12) imágenes en miniatura de un paciente, en una sola visualización, sin necesidad de desplazarse.

**Se solicita:** consulta 12 imágenes en la parte de lectura o en la parte de revisión de imágenes

**RESPUESTA**

*EN LA PARTE DE REVISION DE IMÁGENES (NO TIENE RELEVANCIA)*

REQUISITO 39

**Se requiere:** Herramientas de calibración de distancia Lineal y circular. Herramientas de calibración del Factor Estimado de Aumento Radiográfico.

**Se solicita:** aclarar a que se refiere “herramienta de calibración del factor estimado de Aumento Radiográfico”

**RESPUESTA**

*AL MANEJO DEL SOFTWARE CON MAS FACILIDAD DE USO Y MENOS TIEMPO DE USAR APLICACIONES.*

ITEM 4

REQUISITO 8

**Se requiere:** Capacidad de la cámara de esterilización de 250 litros +/-10 litros.

**Se solicita:** Se solicita modificar a 200 litros o mayor

**Justificación:** ampliar la cantidad de propuestas

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE MODIFICAR, DEBIDO A QUE ES UN REQUERIMIENTO DE LA UNIDAD SOLICITANTE POR LA FRECUENCIA DE PAQUETES QUE SE VAN UTILIZANDO, DEBIDO A QUE UNA CAPACIDAD MENOR OBLIGA A ENVIAR PAQUETES DE CLINICA A POLICONSULTORIO*

ITEM 6

REQUISITO 3

**Se requiere:** Pantalla LCD de mínimo 5.7 pulgadas. (Preferentemente táctil reforzada)

**Se solicita:** Retirar táctil

**Justificación:** la mayoría de los electrocardiógrafos cuentan con teclados alfanuméricos que muestran mayor eficiencia y durabilidad, y el uso de guantes dificulta manipulación

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE MODIFICAR, DEBIDO A QUE ES UN REQUERIMIENTO EXCLUSIVO DEL SERVICIO*

ITEM 12

REQUISITO 1

**Se requiere:** Capacidad de la cámara 160 litros o más

**Se solicita:** Modificar a 150 o mayor

**Justificación:** incrementar participación

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE MODIFICAR, DEBIDO A QUE NO SE PUEDE DISMINUIR LA CAPACIDAD DEBIDO A QUE SE TIENE CONTEMPLADO UN VOLUMEN DE TRABAJO*

REQUISITO 21

**Se requiere:** El esterilizador debe tener un tanque de almacenamiento para el peróxido, del cual este sea dosificado dentro de la cámara de esterilización

**Se solicita:** Aclarar tema

**Justificación:**

**RESPUESTA**

EN EL MERCADO EXISTE MAS DE UNA EMPRESA QUE OFERTA EQUIPOS CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS

---

**LCG**

ITEM 6

REQUISITO 22

**Se requiere:** Con capacidad de monitoreo continuo mayor a 8.5 horas de funcionamiento.

**Se solicita:** modificar a menor a 8.5 horas de funcionamiento

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE REALIZAR EL CAMBIO DEBIDO A LA AFLUENCIA DE PACIENTES QUE TENEMOS DIA, Y LA MOVILIDAD DEL EQUIPO POR DIFERENTES CONSULTORIOS, EL EQUIPO NO DEJA DE FUNCIONAR POR LO QUE SE REQUIERE UN MONITOREO CONTINUO DE 8.5 HORAS O MAYOR

---

**BIOTECNO**

ITEM 19

REQUISITO 6

**Se requiere:** Cesta espaciosa soporte móvil para accesorios parte de la base móvil

**Se solicita:** Solo indicar soporte ya no cesta (se entiende como canastillo)

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE REALIZAR EL CAMBIO, DEBIDO A QUE SE SOLICITO ESPECIFICAMENTE ESTE REQUISITO, YA QUE EL PERSONAL DEPOSITA EQUIPOS QUE SIRVEN PARA EL DIAGNOSTICO Y LO MUEVEN A TRAVES DEL CARRO DE SOPORTE; SIN EMBARGO, SI LA EMPRESA OFERTA SOPORTE SIMILAR SE PONDRÁ EN CONSIDERACION DE LA COMISION DE CALIFICACION

**GARANTIAS DE ESTADO O DATA DE FABRICACION**

**Se requiere:** El equipo ofertado debe ser nuevo (no reacondicionado ni de demostración), de fabricación 2024. En caso de adjudicación y si la C.S.B.P. lo requiere en la recepción la empresa adjudicada deberá presentar documentación de respaldo (ejemplo certificado de origen, certificado de fabricación)

**Se solicita:** Cambiar año de fabricación 2023-2024

**RESPUESTA**

AL TRATARSE DE EQUIPOS PEQUEÑOS NO SE ESTA CONSIDERANDO AÑOS DE FABRICACION MAYORES A 1 AÑO, DEBIDO A QUE EN REGIONALES PEQUEÑAS MUCHAS VECES PASA QUE POR COMPRAR EQUIPOS DE FABRICACIÓN MAYORES A 1 AÑO DE ANTIGUEDAD, SE TIENE PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO A CORTO PLAZO, Y FALTA DE SOPORTE TECNICO; POR ESO SE REQUIERE QUE EL EQUIPO SEA DEL AÑO Y CUMPLA LA VIDA UTIL QUE DEBE CUMPLIR.

ITEM 20

**Se requiere:** Hojas Miller y MacIntosh tamaños definidos

**Se solicita:** Hojas Miller y MacIntosh, todas sean de acuerdo a fabricante (los tamaños)

**Justificación:** Se encuentran con tamaño y medidas específicas

**RESPUESTA**

SE MODIFICARÁ A HOJAS MILLER Y MACINTOSH TAMAÑOS DE ACUERDO A FABRICANTE.

ITEM 12

**Se solicita:** Incluir experiencia en instalación de al menos 2 equipos a nivel nacional por un técnico autorizado por fabrica

**Justificación:** Teniendo en cuenta la tecnología, debido a que es un equipo nuevo y garantizar el buen funcionamiento de los equipos, que sean equipos de calidad

**RESPUESTA**

SE REALIZARÁ LA ENMIENDA SE ADICIONARÁ UN REQUISITO DE EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DE LA EMPRESA: EXPERIENCIA GENERAL DE 5 O MAS AÑOS EN VENTA Y SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS RELACIONADOS. Y 2 O MAS EQUIPOS DE PLASMA VENDIDOS E INSTALADOS EN TERRITORIO NACIONAL DEMOSTRADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS.

---

**HANSA**

ITEM 4

REQUISITO 10

**Se requiere:** Cámara circular que asegure una mejor distribución del vapor.

**Se solicita:** Incluir en este requisito, equipo con cámara rectangular con esquinas circulares

**Justificación:** también están validadas para esterilización de material hospitalario con una correcta distribución de vapor, 90% de los hospitales cuentan con este tipo de cámara; las cámaras rectangulares por su forma tienen la ventaja de mayor capacidad de carga versus una cama cilíndrica, donde se pierde la capacidad de carga, al abrir este requisito incluyendo también cámaras circulares se mejora el equipo sin afectar el fin para que esta requerido, además de permitir mayor participación de proponentes

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE MODIFICAR, DEBIDO A QUE SE PUDO VERIFICAR QUE TRABAJANDO CON CAMARAS CILINDRICAS SE TIENE MEJOR RESULTADO*

---

**KODENTAL**

ITEM 4

REQUISITO 18

**Se requiere:** Puerta deslizable vertical controlado por sensores de proximidad sin contacto físico.

**Se solicita:** colocar de acuerdo a fabricante

**RESPUESTA**

SE RECHAZA LA SOLICITUD, SE HA TENIDO EXPERIENCIAS CON OTRAS TECNOLOGÍAS DE CONTROL DE PUERTA, INCLUIDO EL SOLICITADO, EL PERSONAL DEL SERVICIO HA TENIDO BUENAS REFERENCIAS Y MAYOR COMODIDAD EN EL MANEJO DE LA TECNOLOGÍA SOLICITADA, ESTA TECNOLOGÍA HA DEMOSTRADO EFICIENCIA EN SU FUNCIONAMIENTO, SEGURIDAD AL PERSONAL DEL SERVICIO AL NO TENER CONTACTO PARA PODER MANIPULAR LOS MOVIMIENTOS.

INCLUIR "DE ACUERDO AL FABRICANTE" IMPLICA PERMITIR QUE CUALQUIER TECNOLOGÍA ANTIGUA, O BÁSICA PUEDAN PRESENTARSE. ESO NOS CONDUCE A REDUCIR LA CALIDAD DEL EQUIPO E IR EN CONTRA DEL PRINCIPIO DE ADQUIRIR UN EQUIPO DE ALTA GAMA, CALIDAD SUPERIOR.

ITEM 5

REQUISITO 1

**Se requiere:** Electrobisturí monopolar, bipolar y bipolar salina.

**Se solicita:** dividir este ítem en RESETOSCOPIO BIPOLAR – ELECTROBISTURI

**Justificación:** Requisito no tiene relación con el título del ítem

**RESPUESTA:**

**NO SE PUEDE MODIFICAR DEBIDO A QUE SE ESTA COMPRANDO UN SOLO EQUIPO COMPLETO**

ITEM 20

ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES SOLICITADOS

**Se requiere:** Hojas Miller y MacIntosh tamaños definidos

**Se solicita:** Hojas Miller y MacIntosh, todas sean de acuerdo a fabricante (los tamaños), se mantenga el número

**Justificación:** Se encuentran con tamaño y medidas específicas

**RESPUESTA**

SE MODIFICARÁ A HOJAS MILLER Y MACINTOSH TAMAÑOS DE ACUERDO A FABRICANTE.

REQUISITO 1

**Se requiere:** Iluminación por fibra óptica para una luz fría

**Se solicita:** Se acepte halógena o led

**RESPUESTA**

SE ACEPTA, SE MODIFICARÁ A LUZ HALÓGENA O LED

ITEM 22

REQUISITO 5

**Se requiere:** Cabezal de laringoscopio

**Se solicita:** indicar si están solicitando un oftalmológico de pared y también un laringoscopio que no es algo muy común, no sé si nos pueden aclarar las características de este ítem, o talvez se trata de un error en la descripción; además se solicita indicar alguna característica más porque solo piden carcasa a prueba de polvo y tornillo moleteado 360°, se solicita alguna especificación más para que este claro

**RESPUESTA**

Hace referencia a un cabezal de depresor lingual.

Se modifica el pliego de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Con Iluminador de garganta.
- Con soporte para espátula lingual.

ITEM 12

REQUISITO 1

**Se requiere:** Capacidad de la cámara 160 litros o más

**Se solicita:** Se van a realizar inspecciones para el ítem 4 y el ítem 12, modificar a cámara de menor tamaño

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE MODIFICAR, LA CAMARA SE MANTIENE EN 160 LITROS O MÁS

---

**CCLA**

ITEM 4

REQUISITO 18

**Se requiere:** Puerta deslizante vertical controlado por sensores de proximidad sin contacto físico.

**Se solicita:** Colocar puerta manual

**Justificación:** Puerta con sensores tienen problema, debido a que el vapor y la humedad generada, dañan los sensores y las puertas se abren, generando un peligro para el operador

En el mercado Bolivia existe una sola empresa con estas características.

**RESPUESTA**

SE RECHAZA LA SOLICITUD, LA CONSTRUCCIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MECANISMOS DE CONTROL DE LA PUERTA ESTÁN UBICADOS EN POSICIONES DONDE NI EL VAPOR NI LA HUMEDAD LLEGAN... ES DECIR NO HAY CONTACTO DIRECTO ENTRE LOS MECANISMOS DE CONTROL DE LA PUERTA Y EN GENERADOR DE VAPOR Y/O LA CÁMARA INTERNA (EN AMBAS UBICACIONES SE CREA Y CONCENTRA EL VAPOR ESPECÍFICAMENTE) Y/O LOS DIFERENTES CIRCUITOS DE TUBERÍAS (DONDE RECORRE EL VAPOR Y LUEGO SE GENERA HUMEDAD) TODAS LAS AUTOCLAVES A PESAR DE SUS DIFERENCIAS EN FABRICACIÓN, COMPARTEN EL MISMO PRINCIPIO. TODAS LAS TECNOLOGÍAS DE CONTROL DE PUERTA EN SUS DIFERENTES TIPOS DE FUNCIONAMIENTO POR NORMATIVA ESTÁN AISLADAS Y ASEGURADAS. DE LO CONTRARIO NO CUMPLIRÍAN LOS REQUISITOS BÁSICOS PARA OBTENER CERTIFICACIONES INTERNACIONALES, TALES COMO: ISO 13485, ISO 9001, FDA, ETC.

NUEVAMENTE SE ACLARA QUE ESTA TECNOLOGÍA ES CONOCIDA POR EL SERVICIO Y HA SIDO BIEN RECIBIDA Y HA DEMOSTRADO EFICIENCIA EN SU FUNCIONAMIENTO.

NO PODEMOS MODIFICAR UNA CARACTERÍSTICA SOLICITADA, SOLO PARA BENEFICIAR A LOS PROPONENTES. DEBEMOS ANTEPONER EL BENEFICIO, COMODIDAD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL DEL SERVICIO, GARANTIZAR SU TRABAJO Y MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD.

ITEM 10

REQUISITO 7

**Se requiere:** Posibilidad de configurar pantalla para visualización simultanea de curvas, bucles y tendencias

**Se solicita:** Poner opcional en tendencia

**RESPUESTA**

ES UN PUNTO INDISPENSABLE, E IMPORTANTE EL TEMA DE TENDENCIAS ESPECIALMENTE EN PACIENTES NEONATALES DONDE SE NECESITA EL CONTROL PERMANENTE

REQUISITO 10

**Se requiere:** Maniobra de succión en tres etapas, pre-oxigenación, desconexión y post-oxigenación y con aumento de la concentración de O<sub>2</sub>.

**Se solicita:** Poner maniobra de succión de acuerdo a fabricante

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE MODIFICAR, CONSULTADO CON LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA Y ES DE SUMA IMPORTANCIA EN LOS NEONATOS LAS TRES ETAPAS, Y CADA FABRICANTE PUEDE OMITIR UNA ETAPA

ITEM 12

REQUISITO 1 Y REQUISITO 3

**Se requiere:** Capacidad de la cámara 160 litros o más.

Cámara interna rectangular de aluminio construido de materiales de alta calidad. Medidas aproximadas Alto 420 x Ancho 420 x Profundidad 924 mm. +/-3%.

**Se solicita:** considerar mayor volumen y medidas de acuerdo a fabricante

**RESPUESTA**

REQUISITO 1. NO SE ACEPTARÁ VOLUMEN MENORES A 160 LITROS

REQUISITO 3. SE REALIZARÁ ENMIENDA "CÁMARA INTERNA RECTANGULAR DE ALUMINIO CONSTRUIDO DE MATERIALES DE ALTA CALIDAD. CON MEDIDAS ACORDE AL VOLUMEN OFERTADO"

---

**SALUR**

ITEM 10

REQUISITO 1

**Se requiere:** Pantalla color de 15,6 pulgadas o mayor

**Se solicita:** Modificar a 15 pulgadas o mayor

**Justificación:** 0.6 medida muy exacta y media pulgada habilita a mayor cantidad de proponentes, medida estándar es de 15"

**RESPUESTA**

SE VA CONSIDERAR, SE REALIZARÁ LA MODIFICACION

REQUISITO 11

**Se requiere:** Que permita ajustar 2 parámetros de ventilación al mismo tiempo con un ajuste enlazado.

**Se solicita:** Se modifique a tecnologías similares, debido a que se requiere ajuste simultaneo

**Justificación:** Varios ventiladores permiten ajustar 2 parámetros o más al mismo tiempo, ajuste enlazado es específico de una tecnología,

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE MODIFICAR, CONSULTADO CON LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA Y ES DE SUMA IMPORTANCIA EL AJUSTE ENLAZADO Y DICHO AJUSTE ENLAZADO ES TECNOLOGIA DE MAS MARCAS SOLO CON DIFERENTE DENOMINATIVO

REQUISITO 12

**Se requiere:** Compensación automática de tubo

**Se solicita:** Adicionar "o mejor",

**Justificación:** Normalmente se realiza en conjunto con la compensación del tubo respiratorio total; normalmente el sistema respiratorio desde que sale del ventilador hasta el tubo endotraqueal del paciente, no se hacen compensaciones segmento a segmento

**RESPUESTA**

SE VA CONSIDERAR, SE REALIZARÁ LA MODIFICACION

REQUISITO 14 -

**Se requiere:** Función de suspiro para abrir las secciones desinfladas de los pulmones o mantener abiertas áreas "más dependientes"

**Se solicita:** adicionar "o maniobras de reclutamiento alveolar"

**Justificación:** Se refiere a reclutamiento alveolar

**RESPUESTA**

SE VA CONSIDERAR, SE REALIZARÁ LA MODIFICACION

REQUISITO 15

**Se requiere:** Compensación automática de tubo de traqueotomía de 2.5 a 8 mm o mejor rango

**Se solicita:** Se solicita aclaración si se hace referencia al diámetro de tubo de traqueotomía.

**RESPUESTA**

SE ACLARA QUE LAS MEDIDAS SE REFIEREN AL TUBO DE TRAQUEOTOMIA

REQUISITO 15

**Se requiere:** Activador de flujo (Trigger) de 0,2 a 5 l/min o mejor

**Se solicita:** poner valores neonatales

**Justificación:** 5 l/min es un parámetro adulto

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE MODIFICAR, POR EL USO DEL EQUIPO EN LA CSBP

SE ACLARA QUE SI BIEN EL EQUIPO VA SER PARA UN AREA NEONATAL, TIENE QUE SER APTO PARA CUALQUIER TIPO DE PACIENTES, NO SE PUEDE TENER EQUIPOS CON CIERTAS LIMITACIONES

REQUISITO 19

**Se requiere:** Concentración de O<sub>2</sub> inspiratoria (FiO<sub>2</sub>) a través de sensor paramagnético (no debe requerir recambio) Rango de 18 a 100% vol. o mejor rango

**Se solicita:** Modificar a 21%

**Justificación:** Error de transcripción ya que requieren concentración de oxígeno de 18 a 100%, no es posible 18% ya que el valor mínimo de oxígeno en el ambiente es 21%, no hay forma de quitar oxígeno al ambiente para poder medir 18%.

**RESPUESTA**

SE VA CONSIDERAR, SE REALIZARÁ LA MODIFICACION

ITEM 1

REQUISITO 4

**Se requiere:** Diámetro de cordón de inserción delgado 3,8 mm (0,15 in), canal de trabajo de 1,2 mm

REQUISITO 5

**Se requiere:** Diámetro de cordón de inserción mediano 5,0 mm (0,20 in), canal de trabajo de 2,2 mm

REQUISITO 6

**Se requiere:** Diámetro de cordón de inserción largo 5,8 mm (0,23 in), canal de trabajo de 2,8 mm

**Se solicita:** Añadir palabra "o superior"

**Justificación:** Se puede ofertar endoscopios con un tamaño menor para que ayude al paciente sin afectar canal de trabajo

**RESPUESTA**

SE VA CONSIDERAR, SE REALIZARÁ LA MODIFICACION

REQUISITO 10

**Se requiere:** Método de esterilización ETO

**Se solicita:** agregar "o similares"

**Justificación:** otros métodos de esterilización que oferten los fabricantes que tengan la misma efectividad

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE MODIFICAR, REQUERIMIENTO ESPECIFICO DE UNIDAD SOLICITANTE

ITEM 2

REQUISITO 5

**Se requiere:** Accesorios adicionales requeridos:

- 5 Tapones para limpieza

**Se solicita:** colocar en paréntesis (si es que el equipo lo requiere)

**Justificación:** Modelo que se oferta es sumergible por lo que no requiere estos tapones para limpieza

**RESPUESTA**

SE VA CONSIDERAR, SE REALIZARÁ LA MODIFICACION

ITEM 30

REQUISITO 1

**Se requiere:** Caudal máximo: 90 L/min

**Se solicita:** se puede ofertar un caudal menor a 90 L/MIN?

**RESPUESTA**

SE PUEDE OFERTAR CAUDALES MAXIMOS NO MINIMOS, REALIZARÁ LA MODIFICACION A CAUDAL MINIMO 90L/MIN

ITEM 3

REQUISITO 3

**Se requiere:** Tamaño compacto para áreas pequeñas y con aplicaciones móviles.

**Se solicita:** ¿A qué se refieren con aplicaciones móviles?

**RESPUESTA**

APLICACIONES MOVILES SE REFIERE A LOS ACCESORIOS QUE TIENE QUE LLEVAR EJEMPLO CHASIS DE DIFERENTES MEDIDAS, INCLUYENDO ESPINOGRAFIAS, MEDICION DE MIEMBRIOS INFERIORES, EN ADULTOS Y NIÑOS.

REQUISITO 10

**Se requiere:** Fuente de alimentación de 100V a 240V, con frecuencia de 50/60Hz y con consumo de energía máxima de 85W.

**Se solicita:** ¿Dónde se tiene alimentación eléctrica de 110V? y ¿Porque solicitan consumo máximo de 85W?, estas características con exclusivas de un equipo específico AGFA

**RESPUESTA**

EL AREA NO MANEJA ESOS DATOS, SIN EMBARGO, SE DEBE CONSIDERAR LA CAPACIDAD DEL TRANSFORMADOR DE LA CLINICA.

REQUISITO 11

**Se requiere:** Resolución espacial de 10 pixeles/mm o mayor.

REQUISITO 13

**Se requiere:** Resolución de escala de grises, en adquisición de datos 20 bits/píxel o mayor.

**Se solicita:** Eliminar requisitos

**Justificación:** Característica única de equipo AGFA

**RESPUESTA**

SE RECHAZA DEBIDO A QUE SE PRECISA DE UNA MAYOR CALIDAD DE IMAGEN Y NITIDEZ CON AMPLITUD DE IMAGEN Y VISUALIZACION A DETALLE.

INCOHERENCIA EN 2 REQUISITOS:

REQUISITO 15

**Se requiere:** Con una producción de 33 placas/hora o mayor.

REQUISITO 26

**Se requiere:** Capacidad de procesar hasta 180 imágenes/hora

**Se solicita:** Colocar ambos puntos “según fabricante” o “de acuerdo a fabricante”

**Justificación:** Incoherencia en el mismo item, no se establece que tamaño de placas,

**RESPUESTA**

SE RECHAZA DEBICO A QUE LA TOMA DE RADIOGRAFIAS SE DEBE REALIZAR EN UN TIEMPO MENOR Y LAS IMPRESIONES DEBEN SER CONTINUAS SIN EXISTIR PAUSAS COMO EN RECONOCIMIENTO DE PLACAS O IMAGEN.

REQUISITO 16

**Se requiere:** Dos (02) Chasis con tamaño de 35x43cm para el digitalizador.

REQUISITO 17

**Se requiere:** Tres (03) Chasis con tamaño de 35x43 cm para columna completa FLFS.

**Se solicita:** Analizar si se necesita 5 chasis y eliminar palabra propia d un solo fabricante

**Justificación:** Característica única de equipo AGFA

**RESPUESTA**

**SE REQUIERE UN FORMATO PARA REALIZAR ESPINOGRAMAS Y MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES EN ADULTOS HASTA 180 CM, POR SOLICITUD DE LA ESPECIALIDAD NO SOLO NIÑOS TAMBIEN ADULTOS QUE SEA EN UNA SOLA TOMA DE RAYOS X. POR MOTIVO DE REALIZAR UN SOLO DISPARO Y NO ASI 3 DISPAROS, POR DESGASTE DE TUBO DE RX.**

REQUISITO 21

**Se requiere:** Señal de entrada DVI-D, VGA Display-port.

**Se solicita:** Adicionar puerto HDMI como digital

**Justificación:** VGA = Analógico; DVI-D = Digital,

**RESPUESTA**

SE REALIZARÁ LA MODIFICACION, SE ADICIONARÁ “O HDMI” AL REQUISITO

REQUISITO 29

**Se requiere:** Posibilidad de seleccionar hasta 05 grupos de edades del paciente.

**Se solicita:** ¿A qué se refieren con esos 5 grupos?

**Justificación:**

**RESPUESTA**

**NEONATOS, PEDIATRICOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y BARIATRICOS, ES REFERENTE A LA LONGITUD DE PACIENTES (TAMAÑO DE ACUERDO A EDAD).**

REQUISITO 35

**Se requiere:** Posibilidad de transferir imágenes de un examen a otro.

REQUISITO 22

**Se requiere:** Opción de volver a procesar imágenes que se hayan asociado a parámetros de estudios incorrectos durante la operación de identificación, evitando tener que repetir exposiciones.

**Se solicita:** Aclarar punto 35 y 22

**Justificación:** Requisito 35 solicita todo lo contrario que el requisito 22, en un punto requieren que si suceda esto y en el otro requieren que no suceda

**RESPUESTA**

REQUISITO 35.- SE REFIERE QUE EL EQUIPO PUEDA TRASLADAR LA IMAGEN DE UN PACIENTE A OTRA CARPETA.

REQUISITO 22.- POSIBILIDAD DE REAJUSTAR LOS PARAMETROS DE ESTUDIO POR PARTE DEL OPERADOR.

REQUISITO 41 - REQUISITO 44

**Se solicita:** Colocar término “de acuerdo a fabricante – de acuerdo a la tecnología de cada fabricante”

**Justificación:** herramientas específicas del software de procesamiento de AGFA

**RESPUESTA**

SE RECHAZA DEBIDO A QUE NO EXISTE NINGUN TERMINO PORQUE SE REQUIERE QUE LA IMAGEN SEA TAN REAL COMO SE PUEDA, PARA UN MEJOR DIAGNOSTICO.

ITEM 4

REQUISITO 10

**Se requiere:** Cámara circular que asegure una mejor distribución del vapor.

**Se solicita:** Cámara de acuerdo a fabricante. ¿Bordes redondeados o toda la forma?

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE MODIFICAR, DEBIDO A QUE SE PUDO VERIFICAR QUE TRABAJANDO CON CAMARAS CILINDRICAS SE TIENE MEJOR RESULTADO – TODA LA CAMARA INTERNA REDONDEADA*

REQUISITO 18

**Se requiere:** Puerta deslizable vertical controlado por sensores de proximidad sin contacto físico.

**Se solicita:** sistema de seguridad de acuerdo a fabricante

**Justificación:** característica de un solo proveedor

**RESPUESTA**

YA SE CONTESTO A UNA SOLICITUD SIMILAR

REQUISITO 37

**Se requiere:** Test de válvulas, test de bomba, test de sensores, test de pantalla, registro de alarmas y eventos, etc. Importante para el mantenimiento y diagnóstico técnico.

**Se solicita:** Las pruebas sean de acuerdo a fabricante

**Justificación:**

**RESPUESTA**

*NO SE PUEDE MODIFICAR, PARAMETROS NECESARIOS PARA EXAMEN GENERAL DEL EQUIPO*

ITEM 6

REQUISITO 2

**Se requiere:** Tamaño compacto y ligero con asa de transporte (Detallar el peso).

**Se solicita:** Asa de transporte puede ser opcional o se puede ofertar con carro de transporte, que es con lo que llega normalmente

**RESPUESTA**

*SE VA CONSIDERAR, SE REALIZARÁ LA MODIFICACION "CON ASA O CARRO DE TRANSPORTE"*

REQUISITO 35

**Se requiere:** Velocidad de 5, 10, 12.5, 25, 50mm/seg o mejor rango

**Se solicita:** Velocidades de acuerdo a fabricante

**RESPUESTA**

*SE RECHAZA LA ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEBIDO A QUE SON PARÁMETROS DE BASE REQUERIDOS POR EL SERVICIO Y SE DA LA POSIBILIDAD DE MEJORAR EL RANGO DE BASE SOLICITADO PARA PERMITIR LA PARTICIPACIÓN DE EMPRESAS.*

ITEM 7

REQUISITO 9

**Se requiere:** Dimensiones del equipo completo de: 450mm. (ancho) ± 50mm × 710mm. (largo) ± 50mm × 1900 (alto) mm ± 50mm

**Se solicita:** Medidas específicas tiene alguna función, se puede modificar "dimensiones de acuerdo a fabricante"

**RESPUESTA**

*SE RECHAZA LA MODIFICACION, SE TIENE UN MARGEN DE VARIACION*

REQUISITO 10

**Se requiere:** Peso aproximado de 12 kilos hasta 16 kilos

**Se solicita:** ¿El peso es por las lozas?

**RESPUESTA**

*EL PESO NO SE SOLICITO CONSIDERANDO LAS LOSAS SINO LA DIFICULTAD DE PODER MOVER EL EQUIPO, ES MAS POR UN TEMA OPERATIVO Y NO ESTRUCTURAL*

---

**GEDESA**

AMPLIAR PLAZO DE ENTREGA 24/5 (SE REALIZARÁ ENMIENDA)

---

**HANSA**

ITEM 11

REQUISITO 2 – NO SE PUEDE REALIZAR LA MODIFICACIÓN

**Se requiere:** Pantalla LED o LCD de 23 pulgadas o mayor

**Se solicita:** Bajar pulgadas a 21.5

**Justificación:** Poder participar en el proceso de contratación

**RESPUESTA**

NO SE PUEDE MODIFICAR, SE PUEDE DISMINUIR LAS PULGADAS, ES UN REQUERIMIENTO ESPECIFICO DE UNIDAD OPERATIVA, CONSIDERANDO LA GRAN CATIDAD DE MARCAS CUENCUELTAN CON ESTE TAMAÑO O MAYOR.

Sin tener más consultas y/o aclaraciones adicionales, se recomienda considerar los plazos estipulados en el Pliego, al momento de la recepción de propuestas, concluyéndose la Reunión de Aclaración a horas 10:37 del mismo día.

La Paz, 10 de mayo de 2024