



VERACRUZ  
GOBIERNO  
DEL ESTADO



SS  
Secretaría  
de Salud

SESVER  
Servicios de Salud  
de Veracruz

# RENLÓN 1

Hoja 1 de 1

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUINENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		PARTIDA:	
CLAVE		533.020.0428		CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO				MARCA:	
AGITADOR ELÉCTRICO ROTATORIO				MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2
				REGISTRO SANITARIO O DOF:	
				CERTIFICADOS DE CALIDAD:	

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁTALOGO, ETC.
1.- AGITADOR ELÉCTRICO ROTATORIO DIGITAL.		
2.- CON CONTROL VARIABLE DE VELOCIDAD DE 0 A 70 rpm. COMO MÍNIMO.		
3.- ANGULO DE INCLINACIÓN DE 0 A 90 GRADOS, COMO MÍNIMO.		
4.- CON DISCOS INTERCAMBIABLES.		
5.- CON PANTALLA LCD PARA VISUALIZAR VELOCIDAD Y TIEMPO.		
6.- REGULACIÓN DE TIEMPO DESDE 1 MINUTO HASTA 1000 MINUTOS COMO MÍNIMO.		
7.- MOVIMIENTO ROTATIVO.		
8.- CON MODOS DE OPERACIÓN: CONTINUO Y TEMPORIZADOR.		
9.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
9.1.- CINCO ROTORES PARA TUBOS DE 1.5 ml, 2 ml, 5 ml, 15 ml Y 50 ml.		
9.2.- LLAVE O DESARMADOR PARA REALIZAR EL CAMBIO LOS DISCOS.		
10.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
11.- GARANTÍA:	
11.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
12.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
12.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
13.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
13.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
13.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
14.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
14.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
14.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
14.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
14.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
14.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
14.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
15.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL EQUIPO EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
15.2.- EL SOFTWARE DEL EQUIPO DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
15.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZA DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
---	---

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENGLÓN 2

Hoja 1 de 2

FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.081.0014				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
ASPIRADOR PORTÁTIL PARA SUCCIÓN CONTINUA						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	18	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
1.- EQUIPO PORTÁTIL ASPIRACIÓN CONTINUA DE LÍQUIDOS Y OTROS FLUIDOS.		
2.- MODO DE OPERACIÓN CONTINUO.		
3.- FUNCIONAMIENTO POR MEDIO DE BOMBA DE PISTÓN DE LIBRE DE MANTENIMIENTO.		
4.- CAPACIDAD DE SUCCIÓN 20 l/min O MAYOR.		
5.- CON VACUÓMETRO CON ESCALA EN mmHg O inHg O kPa O mbar.		
6.- AJUSTE GRADUAL DEL NIVEL DE SUCCIÓN DE 0 A 600 mmHg O MAYOR.		
7.- PANEL DE CONTROL PARA: ENCENDIDO, APAGADO Y REGULACIÓN DEL NIVEL DE SUCCIÓN.		
8.- MOTOR CON NIVEL DE RUIDO IGUAL O MENOR A 50 dB.		
9.- CON SISTEMA PARA FILTRO ANTIBACTERIAL E HIDRÓFUGO.		
10.- GABINETE CON ASA O MANIJA DE TRASPORTE, CON MONTAJE PARA UN FRASCO (COMPATIBLE CON LOS FRASCOS OFERTADOS).		
11.- CAPACIDAD TOTAL DEL FRASCO DE RECOLECCIÓN DE 1 LITRO.		
12.- CON PESO NO MAYOR A 5kg.		
13.- CONSUMIBLES Y ACCESORIOS INCLUIDOS:		
13.1.- DOS FRASCOS DE RECOLECCIÓN REUTILIZABLES, CON SISTEMA DE VÁLVULA DE DESAGÜE, GRADUADO Y CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE 1 LITRO.		
13.2.- QUE INCLUYA TUBOS DE SILICON, CONECTORES, ADAPTADORES Y FILTROS (CUATRO DE CADA UNO) COMPATIBLES CON EL EQUIPO OFERTADO.		
14.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
15.- GARANTÍA:	
15.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
16.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
16.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
16.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
17.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
17.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
17.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUERENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.081.0014	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>ASPIRADOR PORTÁTIL PARA SUCCIÓN CONTINUA</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>18.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
18.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
18.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
18.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
18.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
18.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
18.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>19.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
19.1 EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
19.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
19.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZO DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
---	---

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENLÓN 3

FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUINENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		531.081.0063			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
ASPIRADOR PARA USO QUIRÚRGICO					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁTALOGO, ETC.
EQUIPO MÉDICO DISEÑADO PARA EVACUAR GRANDES VOLÚMENES DE GAS, LÍQUIDOS, TEJIDOS Y OTROS DESECHOS DE UNA HERIDA QUIRÚRGICA POR MEDIO DE SUCCIÓN DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.		
1.- ASPIRADOR PARA USO QUIRÚRGICO.		
2.- MODO DE OPERACIÓN CONTINUO.		
3.- FUNCIONAMIENTO POR MEDIO DE BOMBA DE PISTÓN DE LIBRE DE MANTENIMIENTO.		
4.- REGULACIÓN DEL VACÍO POR VÁLVULA O CONTROL ELECTRÓNICO.		
5.- CAPACIDAD DE SUCCIÓN DE 34 L/MIN O MAYOR.		
6.- AJUSTE GRADUAL DEL NIVEL DE SUCCIÓN DE 0 A 650 mmHg O MAYOR.		
7.- INDICADOR DE POTENCIA.		
8.- CON VACUÓMETRO CON ESCALA EN mmHg O inHg O kPa O mbar.UNIDAD DE MEDICIÓN EN mmHg O inHg O kPa O mbar.		
9.- MOTOR CON NIVEL DE RUIDO IGUAL O MENOR A 50 dB.		
10.- FRASCOS DE RECOLECCIÓN CON SISTEMA DE VALVULA DE DESAGÜE, GRADUADO Y CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE 2.5 LITROS COMO MÍNIMO.		
11.- CON SISTEMA PARA FILTRO ANTIBACTERIAL E HIDRÓFUGO.		
12.- CON CARRITO DE TRANSPORTE DE CUATRO RUEDAS, FABRICADO CON MATERIALES RESISTENTE A SOLVENTES, CON MONTAJE PARA DOS FRASCOS (COMPATIBLE CON LOS FRASCOS OFERTADOS).		
13.- CONSUMIBLES Y ACCESORIOS INCLUIDOS		
13.1.- CUATRO FRASCOS DE RECOLECCIÓN CON SISTEMA DE VALVULA DE DESAGÜE, GRADUADO Y CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE 2.5 LITROS COMO MÍNIMO.		
13.2.- QUE INCLUYA TUBOS DE SILICON, CONECTORES, ADAPTADORES Y FILTROS (CUATRO DE CADA UNO) COMPATIBLES CON EL EQUIPO OFERTADO.		
14.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
15.- GARANTÍA:	
15.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
16.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
16.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
16.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

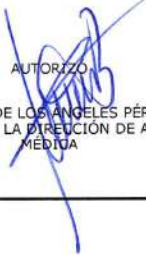
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.081.0063	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ASPIRADOR PARA USO QUIRÚRGICO		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>17.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
17.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
17.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
<b>18.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
18.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
18.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
18.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
18.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
18.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
18.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>19.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
19.1 EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
19.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZO DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
---	---

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		533.119.0537				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
BAÑO MARÍA CON TERMÓMETRO						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	3	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
1.- SIN CIRCULACIÓN DE AGUA Y CONTROL DIGITAL DE TEMPERATURA.		
2.- DE TEMPERATURA AJUSTABLE Y ESTABILIDAD DE +/-0.2°C.		
3.- DISPLAY DIGITAL QUE MUESTRE LA TEMPERATURA Y TECLADO ERGONOMICO PARA AJUSTE DE TEMPERATURA.		
4.- TEMPERATURA MAXIMA CON TAPA DE 100°C Y SIN TAPA HASTA 600°C COMO MINIMO		
5.- INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI 304, CON ESQUINAS REDONDEADAS.		
6.- CON CAPACIDAD MINIMA DE 40 TUBOS DE 13 X 100 mm.		
7.- CON SALIDA DE DESAGÜE.		
8.- CON ORIFICIO PARA ADAPTACIÓN DE TERMÓMETRO		
9.- CAPACIDAD ENTRE 7 Y 10 LITROS.		
10.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
10.1.- TAPA DE ACERO INOXIDABLE O ACRÍLICO DE 5mm DE ESPESOR Y ORIFICIO PARA SALIDA DEL TERMÓMETRO.		
10.2.- UN TERMÓMETRO DE ALCOHOL, EN °C Y DIVISIÓN DE 1°C, INMERSIÓN TOTAL, LONGITUD DE 30 cm.		
10.3.- DOS GRADILLAS DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI 304 CON CAPACIDAD MINIMA DE 40 TUBOS.		
11.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
12.- GARANTÍA:	
12.1 GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
13.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
13.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
13.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
14.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
14.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
14.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	



NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	533.119.0537	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
BAÑO MARÍA CON TERMÓMETRO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>15.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
15.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
15.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485.	
15.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
15.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485.	
15.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>16.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
16.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
16.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
16.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
---	---

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENGLÓN 5

Hoja 1 de 2

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		PARTIDA:	
CLAVE		531.292.0258		CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO				MARCA:	
CARDIOTOCÓGRAFO				MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	5
REGISTRO SANITARIO O DOF:					
CERTIFICADOS DE CALIDAD:					

REFERENCIA EN MANUAL Y/O  
CATÁLOGO, ETC.

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
DISPOSITIVO QUE DESPLIEGA LA RELACIÓN ENTRE LA LABOR MATERNA Y LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL PERIODO PRENATAL, POR MEDIO DE LA COMBINACIÓN Y COORDINACIÓN DE MONITORES DE LATIDO FETAL Y CONTRACCIONES UTERINAS.		
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.- CON PANTALLA LCD O TFT A COLOR PARA DESPLIEGUE DE VALORES NUMÉRICOS Y GRÁFICOS DE 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.		
3.- UN TRANSDUCTOR PARA LA DETECCIÓN DE LA ACTIVIDAD UTERINA (TOCOTRANSDUCTOR), A PRUEBA DE AGUA.		
4.- TRANSDUCTOR CON AL MENOS 10 CRISTALES PARA LA DETECCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.		
5.- INTENSIDAD DE ULTRASONIDO NO MAYOR A 10 mW/cm2.		
6.- PROCESADO DE SEÑAL POR AUTOCORRELACIÓN.		
7.- RANGO DE SEÑAL PARA TOCOTRANSDUCTOR DE 0-100 UNIDADES.		
8.- DESPLIEGUE GRÁFICO Y NUMÉRICO DE LA ACTIVIDAD UTERINA, CON REGISTRO DE LA DETECCIÓN DEL MOVIMIENTO FETAL EN FORMA MANUAL O AUTOMÁTICA (ACTOGRAMA).		
9.- DESPLIEGUE GRÁFICO Y NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL EN LATIDOS/MINUTO CON UN RANGO DE 50 O MENOR A 240 O MAYOR.		
10.- CON FUNCIÓN DE AUTOPRUEBA O AUTOVERIFICACIÓN DEL EQUIPO.		
11.- CON REGISTRO DEL NOMBRE DEL PACIENTE, FECHA Y HORA, COMO MÍNIMO		
12.- MARCADOR DE SUCESOS O EVENTOS REMOTOS DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO.		
13.- CON ALARMAS AUDIBLES Y VISUALES, DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:		
13.1.- INDICADOR DE PERDIDA DE LA SEÑAL O SEÑAL INSUFICIENTE.		
13.2.- FRECUENCIA CARDIACA, PARA FRECUENCIAS ALTAS Y BAJAS, CONFIGURABLES POR EL USUARIO.		
13.3.- CON FUNCIÓN SILENCIADOR DE ALARMAS, CON DURACION A ELEGIR DE 1 A 3 MINUTOS COMO MÍNIMO.		
14.- CON INDICADOR DE LA CALIDAD DE LA SEÑAL.		
15.- AJUSTE DE LÍNEA BASAL.		
16.- CON TRES VELOCIDADES DE REGISTRO COMO MÍNIMO, DENTRO DEL RANGO DE 1 A 3 cm/min.		
17.- CON MEMORIA INTERNA DE ALMACENAMIENTO DE DATOS DE 12 HORAS COMO MÍNIMO.		
18.- CON PUERTO O INTERFAZ PARA COMPUTADORA PARA ENVÍO DE DATOS Y ALMACENAJE CON UNA ESTACIÓN CENTRAL, COMPUTADORA PERSONAL O SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA.		
19.- REGISTRADOR TÉRMICO INTERCONSTRUIDO DE DOS CANALES: UNO PARA ACTIVIDAD UTERINA (TOCO) Y OTRO PARA FRECUENCIA CARDIACA FETAL CON IMPRESIÓN DE DATOS GRÁFICOS Y ALFANUMÉRICOS.		
20.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
20.1.- DOS CINTURONES REUSABLES PARA SUJECCIÓN DE TRANSDUCTORES.		
20.2.- CARRO DE TRANSPORTE CON FRENO EN ALMENOS DOS RUEDAS, COMPATIBLE CON EL MODELO DE EQUIPO OFERTADO Y CON CANASTILLA O CAJONES PARA GUARDA DE CONSUMIBLES.		
20.3.- TRANSDUCTOR PARA REGISTRO Y DETECCIÓN DE LA ACTIVIDAD UTERINA (TOCO).		
20.4.- TRANSDUCTOR DE ULTRASONIDO.		
21.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
21.1.- CUARENTA PAQUETES PAPEL TÉRMICO COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
21.2.- CUATRO BOTES DE GEL CONDUCTOR.		
22.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.292.0258	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
CARDIOTOCÓGRAFO		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>23.- GARANTÍA:</b>	
23.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>24.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
24.1 DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
24.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>25.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
25.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
25.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.).	
25.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>26.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
26.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
26.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
26.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO13485.	
26.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
26.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
26.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
26.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485.	
26.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>27.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
27.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
27.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
27.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	
<div><div> ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES</div><div> AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</div></div>	<div><div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE</div></div>



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.191.0417				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
CARRO ROJO DE PLÁSTICO CON DESFIBRILADOR MONITOR DE ONDA BIFÁSICA CON MARCAPASOS						MODELO DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	17	CERTIFICADOS DE CALIDAD DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
UN CARRO RODABLE ESPECIALMENTE DISEÑADO PARA LA RESUCITACIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA, EJ. POSTERIOR A UN PARO CARDIACO. NORMALMENTE CONTIENE UN DESFIBRILADOR, MONITOR DE ECG, RESUCITADOR PULMONAR, TABLA PARA COMPRESIONES CARDIACAS, INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, MEDICAMENTOS.		
1.- CARRO ROJO DE PLÁSTICO CON DESFIBRILADOR MONITOR DE ONDA BIFÁSICA CON MARCAPASOS.		
2. CARRO DE EMERGENCIA:		
2.1.- DE MATERIAL PLÁSTICO O POLÍMERO DE ALTO IMPACTO.		
2.2.- DIMENSIONES: LONGITUD ENTRE 78 CM. Y 97 CM. ANCHO ENTRE 55 CM. Y 65 CM. ALTURA ENTRE 90 CM. Y 100 CM.		
2.3.- CON MANUBRIO PARA SU CONDUCCIÓN.		
2.4.- CUATRO RUEDAS ANTIESTÁTICAS, GIRATORIAS, DE CALIDAD HOSPITALARIA, DE 12.5 CM. DE DIÁMETRO COMO MÍNIMO.		
2.5.- CON SISTEMA DE FRENADO EN AL MENOS DOS RUEDAS		
2.6.- CON BASE RESISTENTE PARA COLOCAR EL DESFIBRILADOR- MONITOR OFERTADO:		
2.6.1.- CON CAPACIDAD DE GIRO.		
2.6.2.- CON MECANISMO PARA FIJAR LA POSICIÓN.		
2.6.3.- CON DISPOSITIVO PARA SUJECCIÓN 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.- DE SEGURIDAD:		
2.9.1.- CERRADURA GENERAL PARA TODOS LOS COMPARTIMENTOS, CON SISTEMA DE SELLOS DE GARANTÍA.		
2.10.- CON POSTE PORTAVENOCCLISIS AJUSTABLE E INTEGRADO.		
2.11.- TABLA PARA MASAJE CARDÍACO, CON LONGITUD DE 50 X 60 CM COMO MÍNIMO 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 SUJECCIÓN 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 SEMITRANSARENTE.		
3.3.- AUTOINFLABLE Y LIBRES DE LATEX.		
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 EN EL RANGO DE 500 A 600 ML.		
3.6.- TAMAÑO NEONATAL:		
3.6.1.- VOLUMEN DE LA BOLSA DE 320 ML COMO MÁXIMO		
3.7.- MASCARILLAS DE LA MISMA MARCA:		
3.7.1.- TAMAÑO ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL, ESTERILIZABLES EN VAPOR (UNA DE CADA UNA)		
3.7.2.- CON 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 A 40cm DE H <sub>2</sub> O +/- 5cm.		
3.10.- CONEXIÓN PARA OXÍGENO SUPLEMENTARIO.		





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
	531.191.0417	MODELO DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
CARRO ROJO DE PLÁSTICO CON DESFIBRILADOR MONITOR DE ONDA BIFÁSICA CON MARCAPASOS		CERTIFICADOS DE CALIDAD DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
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.- MANGO CON BATERÍA RECARGABLE A LA CORRIENTE DE FORMA DIRECTA (120 V +/- 10 %) O CON CARGADOR DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO QUE INCLUYA BATERIA COMPATIBLE CON EL EQUIPO.		
4.3.- ILUMINACIÓN LED A TRAVÉS DE FIBRA ÓPTICA DE 2.5 VOLTS COMO MÍNIMO.		
4.4.- 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 SELECTOR DE NIVEL DE ENERGÍA PARA DESCARGA BIFÁSICA.		
6.3.- CAPACIDAD DE AUTODESCARGA CUANDO NO SE UTILICE EN UN PLAZO MÁXIMO DE 40 SEGUNDOS.		
6.4.- CON SISTEMA PARA PROBAR ENERGÍA DE DESCARGA.		
6.5.- TIEMPO DE CARGA DE 5 SEGUNDOS O MENOR PARA MÁXIMA ENERGÍA.		
6.6.- CON SELECTOR DE MODO: CARDIOVERSIÓN, DESFIBRILACIÓN, MARCAPASOS Y MODO SEMIAUTOMÁTICO (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.- AMPLITUD DEL PULSO SELECCIONABLE EN UN RANGO DE 8 MA O MENOR A 140 MA O MAYOR.		
7.3.- DURACIÓN DE PULSO DE 40 MILLISEGUNDOS O MENOR.		
7.4.- FRECUENCIA DE MARCAPASOS AJUSTABLE EN EL RANGO DE 30 PULSOS POR MINUTO O MENOR A 180 PULSOS POR MINUTO O MAYOR.		
7.5.- ACTIVACIÓN POR MODOS: FIJO (O ASINCRÓNICO) Y A DEMANDA (O SINCRÓNICO).		
7.6.- DESPLIEGUE DE PARÁMETROS EN PANTALLA.		
8.- MONITOR:		
8.1.- PANTALLA LCD, ELECTROLUMINISCENTE O TECNOLOGÍA SUPERIOR DE 17 CM (6.5 PULGADAS) COMO MÍNIMO.		
8.2.- CON DESPLIEGUE NUMÉRICO Y DE ONDA DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: FRECUENCIA CARDIACA, DESPLIEGUE DE UN TRAZO DE ECG COMO MÍNIMO A SELECCIONAR ENTRE 3 Ó 7 DERIVACIONES: (DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF Y V).		
8.3.- DESPLIEGUES EN PANTALLA Y PANEL DE CONTROL EN IDIOMA ESPAÑOL.		
9.- SATURACIÓN DE O2:		
9.1.- PORCENTAJE NUMÉRICO DE SPO2 DESPLEGADO EN PANTALLA Y CURVA DE PLETISMOGRAFÍA Y/O BARRA DE PULSO Y FRECUENCIA DE PULSO		
9.2.- ALARMAS VISIBLES Y AUDIBLES, SELECCIONABLES POR EL USUARIO, PARA ALTERACIONES EN EL PORCENTAJE DE SPO2		



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
CLAVE	531.191.0417	MODELO DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
CARRO ROJO DE PLÁSTICO CON DESFIBRILADOR MONITOR DE ONDA BIFÁSICA CON MARCAPASOS		CERTIFICADOS DE CALIDAD DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
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 CARDÍACA.		
11.2.- DE DESCONEXIÓN DEL PACIENTE.		
11.3.- DEL NIVEL DE CARGA DE LA BATERÍA		
12.- IMPRESORA:		
12.1.- IMPRESORA INTERCONSTRUIDA.		
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.- DOS CANAL COMO MÍNIMO.		
13.- BATERÍA:		
13.1.- RECARGABLE E INTEGRADA.		
13.2.- CARGA DE LA BATERÍA MIENTRAS EL EQUIPO SE ENCUENTRA CONECTADO A LA CORRIENTE ALTERNA.		
13.3.- QUE PERMITA DAR AL MENOS 40 DESFIBRILACIONES A CARGA MÁXIMA Ó 1.5 HORAS DE MONITOREO CONTINUO COMO MÍNIMO.		
13.4.- TIEMPO DE CARGA MÁXIMO DE 3 HORAS PARA ALCANZAR POR LO MENOS EL 90% DE LA CAPACIDAD DE LA BATERÍA.		
14.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
14.1.- UN CABLE TRONCAL Y UN SENSOR REUSABLE DE DEDO ADULTO, PEDIÁTRICO Y UN SENSOR REUSABLE MULTISITIO.		
14.2.- CABLE TRONCAL Y CABLE DE PACIENTE DE 3 Y 5 PUNTAS		
15.- PESO MÁXIMO DEL EQUIPO 7 KG, INCLUYENDO BATERÍA.		
16.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
16.1.- DOSCIENTOS ELECTRODOS PARA MONITOREO DE ECG ADULTO/PEDIÁTRICO.		
16.2.- CINCO ELECTRODOS AUTOADHERIBLES PARA DESFIBRILACIÓN, CARDIOVERSIÓN Y MARCAPASOS. (5 ADULTOS Y 3 PEDIÁTRICOS).		
16.3.- DOS TUBOS DE PASTA CONDUCTORA, CON PERIODO DE CADUCIDAD MÍNIMA A DOS AÑOS POSTERIORES A LA FECHA DE ENTREGA.		
16.4.- CINCO ROLLOS DE PAPEL PARA IMPRESIÓN.		
16.5.- UNA BOLSA CON 100 SELLOS DE GARANTÍA.		
16.6.- 2 FOCOS LED PARA LARINGOSCOPIO.		
17.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
18.- GARANTÍA:	
18.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
CLAVE	531.191.0417	MODELO DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
CARRO ROJO DE PLÁSTICO CON DESFIBRILADOR MONITOR DE ONDA BIFÁSICA CON MARCAPASOS		CERTIFICADOS DE CALIDAD DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>19.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
19.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
19.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>20.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
20.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
20.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
20.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>21.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:</b>	
21.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
21.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
21.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
21.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
21.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
21.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
21.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
21.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>22.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:</b>	
22.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
22.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	
22.3.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENGLÓN 7

Hoja 1 de 2

FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		533.224.0646				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
CENTRÍFUGA CLÍNICA DE MESA DE 24 TUBOS						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BOBO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	3	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE PERMITE LA SEPARACIÓN DE ELEMENTOS FORMES EN UN ESPÉCIMEN POR MEDIO DE LA FUERZA CENTRÍFUGA.		
1.- CENTRÍFUGA CLÍNICA DE MESA CON CONTROL DIGITAL POR MICROPROCESADOR O MICROCONTROLADOR.		
2.- ROTOR CON CAPACIDAD DE 24 TUBOS DE 15ml COMO MÍNIMO.		
3.- VELOCIDAD DE LA CENTRÍFUGA DE 5,000 rpm COMO MÍNIMO.		
4.- CON MOTOR SIN ESCOBILLAS Y LIBRE DE MANTENIMIENTO.		
5.- PARA 24 TUBOS DE: 5/6/7ml Y de 13x100 Ó 13x75.		
6.- FUERZA CENTRÍFUGA RCF DE 2,200 xg COMO MÍNIMO.		
7.- CONTROL DE TIEMPO Y VELOCIDAD PROGRAMABLE.		
8.- SELECCIÓN DE MODOS DE CENTRIFUGACIÓN:		
8.1.- TIEMPO PROGRAMABLE DE 1s A 99 MINUTOS COMO MÍNIMO.		
8.2.- MODO CONTINUO.		
8.3.- CICLO CORTO.		
9.- DESPLIEGUE DIGITAL DE VELOCIDAD Y TIEMPO, CON TECLADO PARA PROGRAMACIÓN.		
10.- SISTEMA DE SEGURIDAD QUE IMPIDA LA APERTURA DE LA TAPA DURANTE LA OPERACIÓN.		
11.- INTERIOR DE LA CENTRÍFUGA EN ACERO INOXIDABLE.		
12.- SISTEMA DE PARO MANUAL O PERFILES DE FRENO.		
13.- NÚMERO DE CAMISAS O BUCKETS DE ACUERDO A LA CAPACIDAD DEL ROTOR.		
14.- SISTEMA DE PARO EN CASO DE IMBALANCE.		
15.- ADAPTADORES COMPATIBLES CON EL EQUIPO OFERTADO.		
16.- COJINES O COJINETES PARA ADAPTADORES.		
17. CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
18.- GARANTÍA:	
18.1 GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
19.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
19.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
20.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
20.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
20.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.).	



NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	533.224.0646	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
CENTRÍFUGA CLÍNICA DE MESA DE 24 TUBOS		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>21.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
21.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
21.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
21.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485.	
21.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
21.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
21.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
21.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485.	
21.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>22.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
22.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
22.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
22.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
---	---

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENLÓN 8

Hoja 1 de 1

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUINENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:
CLAVE		533.266.0231			CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:
CONTADOR ELECTRÓNICO DE OCHO TECLAS					MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	3
REGISTRO SANITARIO O DOF:					CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁTALOGO, ETC.
1.- CONTADOR DÍGITAL DE CÉLULAS SANGUÍNEAS.		
2.- UNA TECLA POR CADA CÉLULA (8 CÉLULAS).		
3.- A BASE DE MICROPROCESADOR O MICROCONTROLADOR.		
4.- CON PANTALLA DIGITAL DE 3 DÍGITOS COMO MÍNIMO POR CADA CÉLULA.		
5.- CON PANTALLA DIGITAL PARA MOSTRAR LA SUMA TOTAL.		
6.- SISTEMA DE AVISO CADA 100 CUENTAS.		
7.- REGISTRO DIFERENCIAL DE GLÓBULOS BLANCOS, ESPERMATOZOIDES Y CUALQUIER OTRA CÉLULA.		
8.- CAPACIDAD DE CONTEO DE 0-999 CÉLULAS, COMO MÍNIMO.		
9.- CON BOTÓN DE REINICIO A CERO.		
10.- CON CÁLCULO DE PORCENTAJE (%).		
11.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
12. GARANTÍA:	
12.1 GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
13. MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
13.1 DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 12 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
14. INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
14.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
15. NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
15.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
15.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485.	
15.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE: DE:	
15.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
15.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485.	
15.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
16.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
16.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
16.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
16.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





# RENGLÓN 9

HOJA 1 DE 1

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		S/C			
NOMBRE GENÉRICO					
COMPRESOR DENTAL LIBRE DE ACEITE					
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS					
1	Compresor dental libre de aceite de 1 HP				
2	Tanque con capacidad de 24 litros faricado en acero				
3	Motor fabricado en aluminio de alta resistencia				
4	Motor de 1 hp				
5	Potencia pico de 1.5 hp				
6	Presión de trabajo 90 psi a 115 psi Max.				
7	Vlocidad de motor 1,700 RPM				
8	Brinda 5.36 CFM y 150 L/Min				
9	Unidad de voltaje 127 v/60 Hz				
10	Conector rápido universal				
11	Válvula de seguridad				
12	Interruptor de presión botón rojo 4 vías				
13	Regulador de presión				
14	1 filtro de succión				
15	2 manómetros				
16	Número de cabezas: mínimo 1				
17	Número de etapas: 1				
18	Número de cilindros/pistones: 2				
19	Potencia mecánica de la cabeza: 1 HP				
20	<b>GARANTÍA:</b>				
20.1	Garantía mínima de dos años (24 meses) a partir de la fecha de instalación contra defectos de fabricación				
21	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>				
21.1	Mantenimiento preventivo ortogado con una frecuencia mínima de 6 meses durante el tiempo de garantía, incluyendo kits y refacciones originales nuevas en cada servicio.				
21.2	Deberá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario				
21.3	El proveedor dará atención a los mantenimientos correctivos cuando la unidad médica lo reporte durante el período de garantía. Para tal efecto, el proveedor proporcionará los números de servicio técnico que deberán estar disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.				
21.4	El proveedor deberá demostrar que cuenta con instalaciones dentro de la República Mexicana y Departamento de Servicio Técnico por personal suficiente para atender los servicios.				
22	<b>INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>				
22.1	Adecuaciones necesarias para la instalación y puesta en marcha del equipo en el lugar destino.				
22.2	Capacitación al usuario de todos los turnos de la unidad médica				
23	<b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>				
23.1	Para bienes de origen nacional presentar copia simple de:				
23.1.1.	Certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por COFEPRIS				
23.1.2	Certificado de calidad ISO:9001				
23.1.3	Certificado de calidad ISO:13485				
23.1.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS				
23.2	Para bienes de origen internacional, presentar copia simple de:				
23.2.1	Certificado FDA o CE o JIS o el equivalente del país de origen.				
23.2.2.	Certificado de calidad ISO: 9001 o ISO: 13485				
23.2.3	Certificado de calidad ISO:13485				
23.2.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS				
24	<b>MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>				
24.1	Manual de operación en español				
24.2	Manual de servicio				

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA					PARTIDA:
CLAVE	531.252.0033					CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
CUNA DE CALOR RADIANTE CON FOTOTERAPIA						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
1.- CONTROL DE TEMPERATURA AUTOMÁTICO DE 34°C A 38°C, RESOLUCIÓN DE 0.1°C		
2.- CONTROLES:		
2.1.- TEMPERATURA MANUAL DE LA POTENCIA DEL CALEFACTOR DE 0 A 100% .		
2.2.- MODOS DE OPERACIÓN: MANUAL Y SERVOCONTROLADA, POR MICROPROCESADOR O SERVOCONTROLADOR.		
2.3.- CON PRECALENTAMIENTO QUE SE INICIE DE FORMA AUTOMÁTICA AL ENCENDER EL SISTEMA.		
2.4.- CON SISTEMA DE BLOQUEO PARA EVITAR CAMBIOS INVOLUNTARIOS EN LA PROGRAMACIÓN.		
2.5.- CON FUNCIÓN DE AUTOPRUEBA O AUTODIAGNÓSTICO.		
3.- MONITOREO DE PARÁMETROS:		
3.1.- CON PANTALLA DIGITAL AMPLIA LCD, TFT O MAYOR TECNOLOGÍA, PARA LA VISUALIZACIÓN DE PARÁMETROS Y PANEL DE CONTROL ERGONÓMICO.		
3.2.- INDICADOR EN PANTALLA DIGITAL DE LA TEMPERATURA: SELECCIONADA, MONITORIZADA DE PIEL Y MONITORIZADA DEL COLCHÓN DE CONDUCCIÓN TÉRMICA.		
3.3.- CON CONTROL DE CORTE AUTOMÁTICO POR ALTA TEMPERATURA.		
3.4.- DESPLIEGUE EN PANTALLA DIGITAL DE MENSAJES DE ALERTA EN ESPAÑOL Y CON SIGNOS CONVENCIONALES EN EL PANEL DE CONTROL.		
4.- ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES, PRIORIZADAS EN DIFERENTES NIVELES PARA:		
4.1.- CON SILENCIADOR TEMPORAL DE ALARMAS.		
4.2.- ALTA Y BAJA TEMPERATURA DEL PACIENTE.		
4.3.- FALLA DE SENSOR DE TEMPERATURA DEL PACIENTE.		
4.4.- VERIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN DEL PACIENTE.		
4.5.- FALLA DEL SISTEMA.		
4.6.- FALLA DE CORRIENTE ELÉCTRICA O POTENCIA DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.		
5.- LÁMPARA PARA FOTOTERAPIA INTERCONSTRUIDA O INTEGRADA (NO RODABLE), CON CONTADOR DE HORAS INTERCONSTRUIDO PARA EL REGISTRO DE TIEMPO DE EXPOSICIÓN DEL PACIENTE Y DE VIDA ÚTIL DE LA LÁMPARA AZUL.		
5.1.- VIDA ÚTIL DE 5,000 HORAS COMO MÍNIMO.		
5.2.- LONGITUD DE ONDA DENTRO DEL RANGO DE 420 A 480 NANÓMETROS.		
6.- LÁMPARA DE EXAMINACIÓN.		
7.- CALEFACCIÓN:		
7.1.- CON ELEMENTO DE CALEFACCIÓN CERÁMICO RADIANTE CON REFLECTORES, CON INDICADOR DE POTENCIA, EN AL MENOS 10 NIVELES.		
7.2.- CON ELEMENTO CALEFACTOR ABATIBLE, QUE PERMITA EL ACCESO DEL EQUIPO DE RAYOS X.		
8.- CUNA:		
8.1.- LIMITADA EN LOS CUATRO LADOS, CON PANELES TRANSPARENTES DE ACRÍLICO CON POLICARBONATO O MEJOR MATERIAL, ABATIBLES CON AL MENOS CUATRO PASACABLES EN DOS PANELES.		
8.2.- CON SISTEMA ELECTRICO QUE PERMITA DAR POSICIÓN AL NEONATO EN TRENDLENBURG Y CONTRATRENDLENBURG CON UN ÁNGULO DE INCLINACIÓN DE 12 GRADOS COMO MÍNIMO Y DE MANERA CONTINUA.		
8.3.- CON CHAROLA PORTACHASIS DE RAYOS X INTERCONSTRUIDO.		
9.- UNIDAD TIPO MÓVIL:		
9.1.- CON RUEDAS GRADO MÉDICO Y FRENO EN ALMENOS DOS DE ELLAS.		
9.2.- COLUMNA CON ALMENOS DOS CHAROLAS O REPISAS PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES E INSTRUMENTAL, DE MATERIAL RESISTENTE A GOLPES Y SOLVENTES, QUE SOPORTEN UN PESO DE 2 KILOGRAMOS COMO MÍNIMO.		
9.3.- CON AL MENOS DOS TOMACORRIENTE ADICIONAL E INTERCONSTRUIDO A LA COLUMNA, PARA CONECTAR EQUIPOS ADICIONALES.		
9.4.- BÁSCULA INTERCONSTRUIDA CON DESPLIEGUE DEL PESO EN LA PANTALLA DIGITAL, SIN TENER QUE INTERRUMPIR EL CALOR RADIANTE, QUE PUEDA PESAR HASTA 7 kg COMO MÍNIMO, CON RESOLUCIÓN MÍNIMA DE 5 GRAMOS.		
9.5.- CON 2 CAJONES MÍNIMO.		
10.- REGULADOR ELECTRÓNICO DE VOLTAJE INTERCONSTRUIDO, PARA PROTECCIÓN DEL EQUIPO.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
531.252.0033		MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
CUNA DE CALOR RADIANTE CON FOTOTERAPIA		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
<b>11.- ACCESORIOS INCLUIDOS:</b>		
11.1.- UN COLCHÓN RADIOTRASPARENTE CON CUBIERTA LAVABLE, IMPERMEABLE Y ANTIFLAMA.		
11.2.- TRES SENSORES DE TEMPERATURA REUTILIZABLES.		
11.3.- UN RESUCITADOR MANUAL NEONATAL REUSABLE CON MÁSCARILLA, BOLSA RESERVOIRIO Y EXTENSIÓN PARA OXÍGENO.		
11.4.- UN FOCO DE REPUESTO PARA LA LÁMPARA DE EXAMINACIÓN DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
11.5.- UN JUEGO DE FOCO PARA REPUESTO DE LÁMPARA DE FOTOTERAPIA DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
11.6.- PORTASUERO TELESCÓPICO.		
<b>12.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:</b>		
12.1.- DIEZ ANTIFACES PROTECTORES PARA FOTOTERAPIA.		
12.2.- DOSCIENTOS PARCHES REFLEJANTES PARA FIJAR EL SENSOR DE TEMPERATURA.		
13.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120V +/- 10% 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>14.- GARANTÍA:</b>	
14.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>15.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
15.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
15.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>16.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
16.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
16.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.).	
16.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>17.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
17.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
17.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
17.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
17.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
17.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
17.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
17.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
17.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>18.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
18.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
18.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
18.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		PARTIDA:	
CLAVE		531.168.0069		CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO				MARCA:	
ELECTROCARDIOGRAFO MULTICANAL CON INTERPRETACIÓN				MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	9
				REGISTRO SANITARIO O DOF:	
				CERTIFICADOS DE CALIDAD:	

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO DIGITAL PORTÁTIL QUE ADQUIERE, DESPLIEGA, REGISTRA Y ALMACENA SIMULTÁNEAMENTE LAS 12 DERIVACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y REALIZA SU INTERPRETACIÓN CON FINES DIAGNÓSTICOS.		
1.- ADQUISICIÓN:		
1.1.- CON CAPACIDAD PARA ADQUIRIR EN FORMA SIMULTÁNEA DOCE DERIVACIONES.		
1.2.- SISTEMA DE DETECCIÓN DE MALA CONEXIÓN DE CUALQUIER ELECTRODO.		
1.3.- TECLADO ALFANUMÉRICO TIPO QWERTY PARA INTRODUCIR DATOS DEL PACIENTE.		
1.4.- FRECUENCIA DE MUESTREO DE MÍNIMO 8000 Hz.		
1.5.- FUNCIONAMIENTO CON CORRIENTE ALTERNA Y BATERÍA INTERNA RECARGABLE CON DURACIÓN DE HASTA CUATRO HORAS O MÁS, O 30 ECG EN UNA SOLA CARGA.		
1.6.- FILTROS:		
1.6.1.- FILTRO DE LÍNEA DE 60 Hz.		
1.6.2.- FILTRO DE LÍNEA BASE.		
1.6.3.- FILTRO MUSCULAR DE 45 Hz.		
1.7.- FRECUENCIA DE CORTE SUPERIOR EN EL RANGO DE 120 A 300 Hz.		
1.8.- FRECUENCIA DE CORTE MÍNIMO EN EL RANGO DE 0.01 A 0.3 Hz.		
1.9.- PROTECCIÓN CONTRA DESCARGAS DE DESFIBRILADOR.		
1.10.- DETECCIÓN DE MARCAPASOS.		
2.- DESPLIEGUE EN PANTALLA DIGITAL A COLOR, LCD, TFT O MAYOR TECNOLOGÍA, DE 6.5" O MAYOR.		
2.1.- VISUALIZACIÓN SIMULTÁNEA DE AL MENOS TRES DERIVACIONES.		
2.2.- AJUSTE DE SENSIBILIDAD Y VELOCIDAD:		
2.2.1.- AL MENOS TRES VELOCIDADES DIFERENTES, INCLUYENDO 25 Y 50 mm/seg.		
2.2.2.- SENSIBILIDAD DE AL MENOS 5, 10 Y 20 mm/mV.		
2.3.- TIRA DE RITMO SELECCIONABLE ENTRE LAS DOCE DERIVACIONES.		
3.- ALMACENAMIENTO:		
3.1.- ALMACENAMIENTO INTERNO DE 40 ESTUDIOS O MÁS.		
3.2.- CAPACIDAD DE TRANSMISIÓN DE LOS ESTUDIOS VÍA USB, WIFI, WLAN, WIRELES Y/O DISPOSITIVO DE ALMACENAMIENTO EXTERNO A UN COMPUTADORA, EN FORMATO PDF.		
4.- IMPRESIÓN, POR MEDIO DE IMPRESORA INTERCONSTRUIDA:		
4.1.- IMPRESIÓN DE 12 DERIVACIONES SIMULTÁNEAS EN HOJAS DE TAMAÑO 21.6 X 27.9 cm (8.5 x 11 PULGADAS) +/- 10 %.		
4.2.- SELECCIÓN DE ENTRE AL MENOS 5 FORMATOS QUE INCLUYA MEDICIONES, DATOS DEL PACIENTE E INTERPRETACIÓN.		
4.3.- DESPLIEGUE E IMPRESIÓN DE LOS MENSAJES EN IDIOMA ESPAÑOL.		
5.- INTERPRETACIÓN:		
5.1.- MEDICIONES AUTOMÁTICAS DE LAS ONDAS (P, Q, R, S Y T).		
5.2.- MEDICIONES AUTOMÁTICAS DE LOS INTERVALOS DEL ECG (PR, QRS, QT, QTc Y RR).		
6.- SOFTWARE INTERPRETATIVO PARA PACIENTES ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL O EQUIVALENTE EN DÍAS O PESO.		
7.- CAPACIDAD A FUTURO DE TRANSMISIÓN DE ESTUDIOS ELECTROCARDIOGRAFOS, ATRAVÉS DE WIFI O WLAN, MEDIANTE SOFTWARE EN COMPUTADORA PARA VISUALIZACIÓN DEL ESTUDIO, DURANTE LA TOMA DEL ESTUDIO.		
8.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
8.1.- UN CABLE PARA PACIENTE DE 10 PUNTAS O MÁS.		
8.2.- ELECTRODOS REUSABLES ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL (UN JUEGO DE CADA UNO)		
8.3.- CARRO DE TRANSPORTE ESPECIALMENTE DISEÑADO PARA EL EQUIPO OFERTADO, CON FRENO EN ALMENOS DOS RUEDAS Y CAJONES O CANASTILLA PARA ALMACENAMIENTO DE ACCESORIOS Y CONSUMIBLES.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.168.0069	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
ELECTROCARDIOGRAFO MULTICANAL CON INTERPRETACIÓN		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATALOGO, ETC.
9.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
9.1.- DOS BOTES DE GEL O PASTA CONDUCTORA.		
9.2.- DIEZ PAQUETES DE PAPEL TÉRMICO, COMPATIBLE CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO OFERTADO.		
9.3.- DOSCIENTOS ELECTRODOS DESECHABLES ADULTO/PEDIATRICO Y CINCUENTA ELECTRODOS NEONATALES.		
10.- CORRIENTE ELECTRICA 120 V 60 Hz +/- 10%.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
11.- GARANTÍA:	
11.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
12.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
12.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
12.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
13.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
13.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
13.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
13.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
14.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
14.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
14.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
14.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
14.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
15.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
15.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
15.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ  L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	AUTORIZO  DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		531.925.0022			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
ELECTROENCEFALÓGRAFO 32 CANALES					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO MÉDICO QUE MIDE, AMPLIFICA, FILTRA Y REGISTRA LAS VARIACIONES DE POTENCIA OCASIONADAS POR LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CEREBRO, CON EL PROPÓSITO DE ESTUDIAR DIVERSOS ESTADOS NEUROLÓGICOS EN PACIENTES NEONATALES, PEDIÁTRICOS Y ADULTOS.		
1.- ELECTROENCEFALÓGRAFO DE 32 CANALES.		
2.- EQUIPO FIJO O PORTÁTIL.		
3.- SISTEMA DE ADQUISICIÓN Y MANEJO DE DATOS:		
3.1.- UNIDAD DE FOTOESTIMULACIÓN CON BRAZO DE SOPORTE:		
3.1.1.- CON LÁMPARA LED DE DESTELLOS:		
3.1.2.- CON MODOS DE FUNCIONAMIENTO: MANUAL Y AUTOMÁTICO (PROGRAMABLE POR EL USUARIO).		
3.1.3.- FRECUENCIA DE ESTIMULACIÓN DE 1 A 33 Hz EN PASOS DE 1 Hz.		
3.2.- AMPLIFICADOR CON BRAZO DE SOPORTE:		
3.2.1.- CABEZAL PARA COLOCACIÓN DE ELECTRODOS QUE CUMPLAN CON EL ESQUEMA DEL SISTEMA INTERNACIONAL 10-20.		
3.2.2.- DE 32 CANALES DE CORRIENTE ALTERNA.		
3.2.3.- NIVEL DE RUIDO INTERNO MENOR A 3 MICROVOLTS PICO-PICO EN EL RANGO DE 0.1 A 100 HZ.		
3.2.4.- CONVERTIDOR ANALÓGICO-DIGITAL DE 16 BITS, COMO MÍNIMO.		
3.2.5.- CON IMPEDANCIA DE ENTRADA DE AL MENOS 100 M OHM.		
3.2.6.- FRECUENCIA DE MUESTREO DE 1000 HZ O MAYOR POR CANAL.		
3.3.- SELECCIÓN DE MONTAJES PROGRAMABLES POR EL USUARIO (BIPOLAR Y DE REFERENCIA).		
3.4.- PROBADOR DE IMPEDANCIA PARA ELECTRODOS CON INDICADOR VISUAL DE ALTA IMPEDANCIA.		
3.5.- QUE PERMITA EL CAMBIO DE MONTAJES, FILTROS, SENSIBILIDAD Y VELOCIDAD DE BARRIDO.		
3.6.- SELECCIÓN DE EVENTOS E INGRESO DE COMENTARIOS DURANTE LA ADQUISICIÓN.		
3.7.- INGRESO Y ALMACENAMIENTO DE DATOS DEL PACIENTE AL MENOS NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, LATERALIDAD, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO.		
3.8.- DESPLIEGUE AL MENOS DE 10 SEGUNDOS Y 30 SEGUNDOS POR PÁGINA.		
4.- SISTEMA DE REVISIÓN DE DATOS:		
4.1.- MEDICIÓN DE FRECUENCIAS, AMPLITUDES Y DURACIONES.		
4.2.- DESPLIEGUE DE TIEMPO Y EVENTOS.		
4.3.- SELECCIÓN DE EVENTOS E INGRESO DE COMENTARIOS DURANTE LA REVISIÓN.		
4.4.- ZOOM EN EJE DE TIEMPO Y AMPLITUD.		
4.5.- QUE PERMITA EL CAMBIO DE MONTAJES, FILTROS, SENSIBILIDAD Y VELOCIDAD DE BARRIDO.		
4.6.- REVISIÓN DE PÁGINAS DE MANERA AUTOMÁTICA A FRECUENCIA DEFINIDA POR EL USUARIO.		
4.7.- IMPRESIÓN DE REGISTROS.		
4.8.- DESPLIEGUE DE AL MENOS 10 SEGUNDOS Y 30 SEGUNDOS POR PÁGINA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.925.0022	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ELECTROENCEFALÓGRAFO DE 32 CANALES		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
5.- DESPLIEGUE EN PANTALLA A COLOR DE:		
5.1.- IDENTIFICACIÓN DEL NOMBRE DEL PACIENTE, FECHA Y HORA DEL ESTUDIO.		
5.2.- DE LAS 32 CURVAS DE EEG COMO MÍNIMO.		
5.3.- CON AJUSTE DE SENSIBILIDAD DE AL MENOS 2,7 Y 10 MICRO VOLTS/MM.		
5.4.- SEÑALES DE CALIBRACIÓN CUADRADA.		
5.5.- CON SISTEMA DE FILTRADO EN EL RANGO DE 0.1 A 100 Hz CON SELECCIÓN DE 6 PASOS COMO MÍNIMO.		
5.6.- FILTRO DE 60 Hz.		
5.7.- ADQUISICIÓN Y REVISIÓN SIMULTÁNEA.		
6.- INTERPRETACIÓN:		
6.1.- PROGRAMA DE MAPEO CEREBRAL QUE INCLUYA AL MENOS MAPA DE FRECUENCIAS, MAPEO DE POTENCIAS (AMPLITUDES).		
6.2.- CAPACIDAD DE CRECIMIENTO A PROGRAMA PARA MONITOREO DE EEG DE LARGO TÉRMINO PARA ESTUDIO DE EPILEPSIA (LOCALIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y PROPAGACIÓN DE DESCARGAS EPILEPTIFORMES).		
7.- ALMACENAMIENTO:		
7.1.- EN FORMATO QUE PUEDA SER VISUALIZADO EN OTRO SISTEMA DE CÓMPUTO CON LAS CARACTERÍSTICAS QUE FUE ADQUIRIDO.		
7.2.- QUE PERMITA EL ALMACENAMIENTO EN DISPOSITIVOS EXTERNOS.		
8.- PLATAFORMA DE CÓMPUTO QUE SOPORTE EL SOFTWARE SEGÚN EL PROVEEDOR:		
8.1.- PROCESADOR INTEL CORE I5 12ª GENERACIÓN COMO MÍNIMO.		
8.2.- DISCO DURO SSD DE 512 GB COMO MÍNIMO.		
8.3.- MEMORIA RAM DE 16 GB COMO MÍNIMO.		
8.5.- SISTEMA OPERATIVO DE USO COMERCIAL		
8.6.- TECLADO Y MOUSE.		
8.7.- PANTALLA DE 15" EN EL CASO DE LAPTOP Y 17 " COMO MÍNIMO PARA PC.		
8.8.- CAPACIDAD PARA INTERCONECTARSE A CÁMARA DE VIDEO COMERCIAL (NO WEBCAM) QUE INCLUYA INFRARROJO Y FUNCIÓN DE ZOOM, PARA GRABACIÓN DEL VIDEO CON SINCRONÍA DEL EEG DEL PACIENTE.		
8.9.- CON IMPRESORA LÁSER A COLOR DE ALTA RESOLUCIÓN.		
8.10.- SISTEMA DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (UPS) CON REGULADOR DE VOLTAJE.		
9.- GENERADOR DE REPORTES EN FORMATO CONFIGURABLE.		
10.- JUEGO COMPLETO DE 40 ELECTRODOS REUSABLES CON DISCO O COPA DE CLORURO PLATA CON BAÑO DE ORO DE 24 KILATES DE 10 MM PARA ELECTROENCEFALOGRAFÍA. QUE CUMPLAN CON EL ESTÁNDAR DIN Y LONGITUD DEL CABLE DE 1 METRO COMO MÍNIMO.		
11.- DISCOS DE SOFTWARE DE INSTALACIÓN DE PROGRAMAS DE EEG Y PLATAFORMA DE CÓMPUTO.		
12.- POLISOMNOGRAFÍA:		
12.1.- ENTRADAS POLIGRÁFICAS QUE ACEPTEN DIFERENTES SENSORES DE: RONQUIDO, MOVIMIENTO, RESPIRACIÓN Y POSICIÓN.		
12.2.- AMPLIFICADORES DC PARA EQUIPOS EXTERNOS.		
12.3.- SOFTWARE DE ACUERDO CON EL FABRICANTE, PARA ANÁLISIS DE SUEÑO QUE INCLUYA PARÁMETROS CONFIGURABLES PARA CLASIFICACIÓN AUTOMÁTICA EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS, PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE APNEAS/HIPOAPNEAS, ESTADIOS DE SUEÑO, POSICIÓN CORPORAL, MOVIMIENTOS, FRECUENCIA CARDÍACA, ESPIGAS, SATURACIÓN DE OXÍGENO (SpO2), ELECTROOCULOGRAFÍA, ELECTROCARDIOGRAFÍA, RONQUIDO Y ESTUDIOS DE LATENCIA MÚLTIPLES DEL SUEÑO, COMO MÍNIMO.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.925.0022	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ELECTROENCEFALÓGRAFO DE 32 CANALES		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
<b>13.- ACCESORIOS:</b>		
13.1.- CARRO DE TRANSPORTE RODABLE CON SISTEMA DE FRENOS COMPATIBLE CON EL DISEÑO DEL EQUIPO OFERTADO.		
13.2.- GORRA TAMAÑO ADULTO CON 32 ELECTRODOS, ADAPTADOR PARA CABEZAL Y ARNÉS.		
13.3.- GORRA TAMAÑO PEDIÁTRICO CON 32 ELECTRODOS, ADAPTADOR PARA CABEZAL Y ARNÉS.		
13.4.- GORRA TAMAÑO NEONATO CON 32 ELECTRODOS, ADAPTADOR PARA CABEZAL Y ARNÉS.		
13.5.- SOPORTE O BASE ARTICULADA PARA CÁMARA DE VIDEO.		
13.6. PARA POLISOMNOGRAFÍA:		
13.6.1.- ELECTRODOS REUSABLES ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL PARA ELECTROCARDIOGRAFÍA.		
13.6.2.- SENSOR DE OXIMETRÍA PARA PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL, DEDAL REUSABLE O MULTISITIO.		
13.6.3.- SENSOR PARA RONQUIDOS.		
13.6.4.- SENSOR DE POSICIÓN CORPORAL.		
13.6.5.- SENSOR PARA MOVIMIENTO EN PIERNAS.		
13.6.6.- SENSOR PARA MOVIMIENTO EN BRAZOS.		
13.6.7.- SENSOR PARA MOVIMIENTO OCULAR.		
13.6.8.- SENSOR DE ESFUERZO RESPIRATORIO ADULTO/PEDIÁTRICO.		
13.6.9.- SENSOR DE FLUJO DE AIRE.		
13.6.10.- BANDAS PARA RESPIRACIÓN PARA TÓRX Y ABDOMEN, ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL.		
<b>14.- CONSUMIBLES:</b>		
14.1.- PASTA PARA ELECTRODOS.		
14.2.- PASTA ABRASIVA PARA LA PIEL DEL PACIENTE.		
14.3.- COLODIÓN.		
14.4.- PAPEL PARA IMPRESORA.		
14.5.- TINTA PARA IMPRESORA.		
15.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>16.- GARANTÍA:</b>	
16.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
<b>17.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
17.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
17.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.925.0022	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ELECTROENCEFALÓGRAFO DE 32 CANALES		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>18.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
18.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
18.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
18.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>19.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
19.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
19.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
19.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
19.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
19.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
19.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
19.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
19.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>20.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
20.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
20.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
20.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	
<div><div>ELABORÓ</div><div>L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES</div></div> <div><div>AUTORIZÓ</div><div>DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</div></div>	<div>NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE</div>



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		S/C			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
ELECTROESTIMULADOR MUSCULAR					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
1.- MONITOR DE RELAJACIÓN NEUROMUSCULAR QUE PERMITE MONITORIZAR EL NIVEL DE RELAJACIÓN MUSCULAR DE UN PACIENTE EN EL QUIRÓFANO, EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA O EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.		
2.- PANTALLA LCD A COLOR PARA VISUALIZACIÓN.		
3.- PERILLA SELECTORA.		
4.- ENTRADA DE CABLE ELECTRODO/SENSOR.		
5.- QUE PERMITA REALIZAR 5 MODOS DIFERENTES DE ESTIMULACIÓN.		
5.1.- MODO TOF.		
5.2.- MODO TET.		
5.3.- MODO DBS.		
5.4.- MODO PTC.		
5.5.- MODO ST.		
6.- QUE PERMITA AJUSTAR LA INTENSIDAD DE LA CORRIENTE DE ESTIMULACIÓN.		
7.- ALARMA SONORA DURANTE LA ACTIVACIÓN O DESACTIVACIÓN DE SEÑALES SONORAS DURANTE LAS MEDIDAS, LAS SELECCIONADAS EFECTUADAS Y LAS ESTIMULACIONES ELÉCTRICAS.		
8.- CON INDICADOR DE BATERÍA.		
9.- CON INDICADOR DE NIVEL DE IMPEDANCIA CON LOS ELECTRODOS AL HACER CONTACTO CON LA PIEL.		
10.- CONTROLADO POR MICROPROCESADOR.		
11.- ALIMENTACIÓN POR BATERÍA DE ION-LITIO 290 mAh 3.7 V.		
12.- DIMENSIONES APROXIMADAS 60 MM X 150 MM X 55 MM.		
13.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
13.1.- SENSOR ACELERÓMETRO DE TIPO PULGAR CON ELECTRODOS DE ESTIMULACIÓN.		
13.2.- CABLE DE CONEXIÓN AL MONITOR PARA EL SENSOR DE TIPO PULGAR DE 3 METROS DE LONGITUD.		
13.3.- CABLE SENSOR DE TIPO PULGAR CON PIZAS ELECTRODO DE 3 METROS DE LONGITUD.		
13.4.- CABLE SENSORS DE TIPO CEJA DE 3 METROS DE LONGITUD.		
13.5.- CABLE SENSOR DE TIPO DEDO DEL PIE DE 3 METROS DE LONGITUD.		
13.6.- CABLE SENSOR DE TIPO PULGAR PARA USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PIZAS ELECTRODO DE 3 METROS DE LONGITUD.		
13.7.- CABLE SENSOR DE TIPO PULGAR PARA USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PEQUEÑOS CON PIZAS ELECTRODO DE 3 METROS DE LONGITUD.		
13.8.- AUTOADHESIVO DOBLE CARA PARA SENSOR DE CEJA.		
13.9.- CARGADOR EXTERNO 5V Y 1 AMPERE MINIMO.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
14.- GARANTÍA:	
14.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ELECTROESTIMULADOR MUSCULAR		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>15.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
15.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
15.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
15.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
15.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
15.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>16.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
16.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
16.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
16.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ  
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO  
DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		PARTIDA:	
CLAVE		531.848.0013		CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO				MARCA:	
EQUIPO PARA TAMIZ AUDITIVO A TRAVÉS DE EMISIONES OTOACÚSTICAS Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS AUTOMATIZADOS				MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1
REGISTRO SANITARIO O DOF:					
CERTIFICADOS DE CALIDAD:					

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE SIRVE PARA REALIZAR PRUEBAS OBJETIVAS DE TAMIZ AUDITIVO A RECIÉN NACIDOS, NIÑOS Y ADULTOS.		
1.- EQUIPO AUTOMÁTICO, PORTÁTIL DE MANO PARA REALIZAR PRUEBAS AUDITIVAS EN AMBOS OÍDOS A RECIÉN NACIDOS, NIÑOS Y ADULTOS.		
2.- PESO DE LA UNIDAD PORTÁTIL DE MEDICIÓN NO MAYOR DE 600 GRAMOS.		
3.- CON PROCESO DE CALIBRACIÓN DEL EQUIPO DE FORMA AUTOMÁTICA.		
4.- DESPLIEGUE DE RESULTADOS EN PANTALLA LCD INTERCONSTRUIDA.		
5.- BOTONES O TECLAS PARA MANEJO DEL EQUIPO.		
6.- CON CAPACIDAD DE REALIZAR PRUEBAS POR MEDIO DE:		
6.1.- ABR Ó PEAA (POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS AUTOMATIZADOS).		
6.2.- DPOAE Ó EOAPD (EMISIONES OTOACÚSTICAS POR PRODUCTOS DE DISTORSIÓN) Y/O TEOAE Ó EOAT (EMISIONES OTOACÚSTICAS POR TRANSITORIOS).		
7.- RESULTADOS AUTOMÁTICOS SIN NECESIDAD DE INTERPRETACIÓN:		
7.1.- PASS (APTO).		
7.2.- REFER (NO APTO).		
8.- AMPLITUD MÁXIMA DEL ESTÍMULO PARA:		
8.1.- EMISIONES OTOACÚSTICAS POR TRANSITORIOS 84 dB SPL.		
8.2.- EMISIONES OTOACÚSTICAS POR PRODUCTOS DE DISTORSIÓN 70 dB SPL.		
8.3.- ABR Ó PEAA DE 35 A 45 dB nHL, COMO MÍNIMO EN PASOS DE 5 dB nHL.		
9.- RANGO MÍNIMO DE FRECUENCIAS DE PRUEBA O ANCHO DE BANDA:		
9.1.- EMISIONES OTOACÚSTICAS POR TRANSITORIOS DE 0.7 kHz A 4 kHz.		
9.2.- EMISIONES OTOACÚSTICAS POR PRODUCTOS DE DISTORSIÓN 2 kHz A 4 kHz.		
9.3.- ABR Ó PEAA DE 100 Hz A 3000 Hz.		
10.- QUE PERMITA ELEGIR LA PRUEBA A REALIZAR:		
10.1.- EMISIONES OTOACÚSTICAS Y/O POTENCIALES EVOCADOS.		
11.- CON TASA DE ESTIMULACIÓN PARA POTENCIALES EVOCADOS POR CLICKS ENTRE 30 Y 60 POR SEGUNDO.		
12.- MEDICIÓN AUTOMÁTICA DE LA IMPEDANCIA.		
13.- CRITERIO DE PASE AUTOMATIZADO.		
14.- AVISOS VISIBLES:		
14.1.- AMBIENTE RUIDOSO.		
14.2.- MALA COLOCACIÓN.		
14.3.- BATERÍA BAJA.		
14.4.- ALTA IMPEDANCIA		
15.- CON CABLE DE Sonda PARA PRUEBAS DE AL MENOS 1 METRO DE LONGITUD.		
16.- ELECTRODOS DESECHABLES PARA PRUEBAS DE POTENCIALES EVOCADOS.		
17.- CABLE O CABLES PORTA ELECTRODOS PARA PRUEBAS DE POTENCIALES EVOCADOS.		
18.- CAPACIDAD DE ALMACENAR 50 PRUEBAS COMO MÍNIMO EN MEMORIA INTERNA DE LA UNIDAD.		
19.- DESPLIEGUE DE INFORMACIÓN EN IDIOMA ESPAÑOL.		
20.- INTERFACE PARA DESCARGAR DATOS A COMPUTADORA Y/O IMPRESORA.		
21.- QUE FUNCIONE CON BATERÍAS RECARGABLES. DEBERÁ INCLUIRSE EL CARGADOR DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO Y PILAS ACORDE AL MODELO DEL EQUIPO.		
22.- MALETÍN DE TRANSPORTE EN MATERIAL DURABLE.		
23.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
23.1.- UNA SONDA Y DOS REPUESTO DE PUNTA DE SONDA.		
23.2.- CABLE O CABLES PORTA ELECTRODOS PARA PRUEBAS DE POTENCIALES EVOCADOS.		





<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUIRENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.848.0013	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>EQUIPO PARA TAMIZ AUDITIVO A TRAVÉS DE EMISIONES OTOACÚSTICAS Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS AUTOMATIZADOS</b>		<b>MODELO:</b>

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
23.3.- HERRAMIENTA PARA LIMPIEZA O DISPOSITIVO PARA LIMPIEZA DE LA SONDA.		
23.4.- IMPRESORA TÉRMICA COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
24.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
24.1.- CINCO ROLLOS DE PAPEL PARA IMPRESORA TÉRMICA.		
24.2.- VEINTE OLIVAS EN DIFERENTES TAMAÑOS (CINCO DE CADA UNA).		
24.3.- VEINTE ELECTRODOS DESECHABLES.		
24.4.- UNA BATERÍA RECARGABLE.		
24.5.- DOS BOTES DE GEL LIMPIADOR.		
25.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>26.- GARANTÍA:</b>	
26.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN.	
<b>27.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
27.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
27.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>28.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
28.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
28.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
28.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>29.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
29.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
29.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
29.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
29.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>30.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
30.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
30.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
30.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

<b>ELABORÓ</b>  L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	<b>AUTORIZÓ</b>  DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE</b>
---	---	---



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
EQUIPO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
EQUIPO PARA BOMBLEAR AIRE BAJO PRESIÓN DENTRO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS DE LOS PULMONES CON LA FINALIDAD DE MANTENER LA TRÁQUEA ABIERTA DURANTE EL SUEÑO. EL AIRE FORZADO QUE SE INSUFLA POR MEDIO DE CPAP (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS) PREVENIENDO LOS EPISODIOS DE COLAPSO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS QUE BLOQUEAN LA RESPIRACIÓN EN PERSONAS CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS. PARA USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS.		
1.- CON PANTALLA LCD O MAYOR TECNOLOGÍA.		
1.1.- IDIOMA ESPAÑOL.		
2.- MODO DE AJUSTE AUTOMÁTICO (APAP)		
3.- RANGO DE PRESIÓN: 4 CM-20 CM / H2O AJUSTE AUTOMÁTICO O PRESIÓN FIJA O MAYOR TECNOLOGÍA.		
4.- FUNCIÓN DE RAMPA DE AJUSTE AUTOMÁTICO.		
5.- AUTORAMP A PARTIR DE 4 CM / H2O.		
6.- NIVEL DE SONIDO: 26.6 DBA CON INCERTIDUMBRE DE 2 DBA. O MAYOR TECNOLOGÍA.		
7.- FILTROS HIPOALERGÉNICOS COMPATIBLES CON LA MARCA Y MODELO.		
8.- CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE DATOS.		
9.- CON CAPACIDAD DE COMPENSACION DE ALTITUD.		
10.- CUENTE CON HUMIDIFICADOR CON CALEFACCIÓN INTEGRADO.		
11.- CON ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES PARA LA CORRECTA OPERACIÓN DEL EQUIPO.		
12.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
12.1.- FUENTE DE ALIMENTACIÓN.		
12.2.- TARJETA SD DE ACUERDO A LA MARCA Y MODELO, O MAYOR TECNOLOGÍA.		
12.3.- CARRO TRASPORTADOR DEL EQUIPO, COMPATIBLE CON MARCA Y MODELO.		
13.- CONSUMIBLES MÍNIMOS INCLUIDOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS:		
13.1.- DIEZ TUBOS DE AIRE COMPATIBLES A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
13.2.- DIEZ MASCARILLAS ADULTO COMPATIBLES A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
13.2.- TRES MASCARILLAS COMPATIBLES A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
13.3.- CINCO FILTROS DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
13.4.- DOS VÁLVULAS DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
14.- CORRIENTE ELÉCTRICA: 100-240V, 50-60Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
15.- GARANTÍA:	
16.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
16.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
16.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
EQUIPO DE PRESIÓN POSITIVA CONTÍNUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
16.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
17.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:		
17.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.		
17.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).		
17.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
18.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:		
18.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
18.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.		
18.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
18.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
18.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
18.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.		
18.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
18.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
19.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:		
19.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.		
19.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.		
19.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.		

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
EQUIPO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
EQUIPO MÉDICO QUE INDUCE UNA CONVULSIÓN TÓNICO-CLÓNICA GENERALIZADA MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ESTÍMULO ELÉCTRICO SUPERIOR AL UMBRAL CONVULSIVO, CON UNA FRECUENCIA Y EN UN NÚMERO DE VECES DETERMINADO EN FUNCIÓN DE LA PATOLOGÍA Y PECULIARIDADES DE CADA PACIENTE.		
1.- EQUIPO PORTÁTIL DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.		
2.- PANTALLA TÁCTIL LCD A COLOR O MAYOR TECNOLOGÍA:		
2.1.- DE 7" COMO MÍNIMO.		
2.2.- SELECCIONA Y CONFIGURA LOS PARÁMETROS DEL TRATAMIENTO Y LA PRUEBA DE IMPEDANCIA.		
2.3.- SELECCIONA Y CONFIGURA HASTA SIETE TRAZOS DE MONITOREO FISIOLÓGICO CONTINUO:		
2.3.1.- DOS A SEIS TRAZOS DE EEG.		
2.3.2.- UN TRAZO DE ECG.		
2.3.3.- UN TRAZO DE EMG.		
2.3.4.- TRAZO DEL SENSOR DE MOVIMIENTO ÓPTICO (OMS).		
2.4.- IDENTIFICACIÓN DEL NOMBRE DEL PACIENTE, FECHA Y HORA DE LA TERAPIA.		
2.5.- CON TECNOLOGÍA NOMODAL.		
3.- PERILLAS SELECTORA DE PARÁMETROS DEL ESTÍMULO:		
3.1.- CON OPCIÓN DE MODO INTELIGENTE CON UNA SOLA PERILLA.		
3.2.- CON OPCIÓN DE MODO DE CONFIGURACIÓN DE PARÁMETROS DE CUATRO PERILLAS.		
4.- ESTÍMULO:		
4.1.- ONDA CUADRADA DE PULSO BIDIRECCIONAL.		
4.2.- RANGO DE PARÁMETROS:		
4.2.1.- VOLTAJE DESDE 50 A 400 V.		
4.2.2.- ANCHO DE PULSO DESDE 0.15 HASTA 1 MILISEGUNDO.		
4.2.3.- CORRIENTE DESDE 500 HASTA 900 mA.		
4.2.4.- FRECUENCIA DE PULSO DESDE 10 HASTA 120 Hz.		
4.2.5.- DURACIÓN DESDE 0.029 HASTA 8 SEGUNDOS.		
5.- PRUEBAS DE SEGURIDAD DEL EQUIPO:		
5.1.- INFORME BIOMÉDICO QUE DOCUMENTA LAS PRUEBAS DE SEGURIDAD DEL EQUIPO.		
5.2.- MONITOREO CONTINUO DE IMPEDANCIA ESTÁTICA Y APAGADO AUTOMÁTICO.		
5.3.- PRUEBA DE IMPEDANCIA:		
5.3.1.- CUANTIFICA LA CALIDAD DEL CONTACTO DEL ELECTRODO DE MONITOREO DEL PACIENTE.		
5.4.- AUTOPRUEBA E INDICACIÓN DEL ESTADO DE CONEXIÓN Y ALIMENTACIÓN.		
6.- IMPRESORA GRÁFICA INTERCONSTRUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN.		
6.1.- SELECCIÓN DE CUATRO CANALES PARA IMPRIMIR COMO MÍNIMO.		
6.2.- REPORTE PERSONALIZADO DE LA TERAPIA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
EQUIPO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
7.- ALARMAS AUDIBLES Y VISUALES:		
7.1.- EL LED DE ESTADO DEL ESTÍMULO SE ENCIENDE COMO CONFIRMACIÓN VISUAL DE QUE EL EQUIPO ESTÁ ACTIVADO Y ENVIANDO UN ESTÍMULO.		
7.2.- TRES TONOS DE ADVERTENCIA DURANTE LA PRUEBA DE SEGURIDAD COMO MÍNIMO.		
7.3.- UN TONO CONSTANTE DURANTE EL TRATAMIENTO.		
8.- ACCESORIOS:		
8.1.- CABLE DE ESTÍMULO DEL PACIENTE.		
8.2.- CABLE DE MONITOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EEG1/EEG2.		
8.3.- CABLE CON CINCO DERIVACIONES DE EEG.		
8.4.- ELECTRODOS DE ESTÍMULO CÓNCAVOS.		
8.5.- ELECTRODOS DE ESTÍMULO PLANOS.		
8.7.- PROTECTOR BUCAL.		
8.8.- DIADEMA AJUSTABLE.		
8.9.- CAJA DE CARGA DINÁMICA PARA PROBAR LOS CABLES DE ESTÍMULO.		
8.10.- CAJA DE PRUEBA DEL SENSOR PARA PROBAR CABLES DE MONITOREO DE PACIENTE CON CABLE DE SEGURIDAD Y PARA REALIZAR PRUEBAS DE RENDIMIENTO FUNCIONAL DEL EQUIPO.		
8.11.- FUSIBLES DE 5 AMPERIOS.		
8.12.- CABLE DE ALIMENTACIÓN.		
8.13.- SISTEMA DE PROTECCIÓN ELÉCTRICA EXTERNA.		
9.- CONSUMIBLES:		
9.1.- ALMOHADILLAS DE ELECTRODOS DESECHABLES PARA EEG.		
9.2.- GEL CONDUCTOR PARA ELECTRODOS.		
9.3.- PAPEL PARA IMPRESORA.		
10.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
11.- GARANTÍA:	
11.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
12.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
12.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
12.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	S/C	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
EQUIPO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>13.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
13.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
13.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS (EN CASO DE REQUERIRSE) PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA FÁBRICA.	
13.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
13.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>14.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
14.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
14.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
14.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
14.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>15.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
15.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
15.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
15.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.329.0040				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
EQUIPO DE MONITOREO, ANÁLISIS Y ADQUISICIÓN DIGITAL NEUROFISIOLÓGICA						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

REFERENCIA EN MANUAL Y/O  
CATÁLOGO, ETC.

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPOS DE MONITOREO, ANÁLISIS Y ADQUISICIÓN DIGITAL NEUROFISIOLÓGICA, PARA ESTUDIOS DE SUEÑO, EPILEPSIA Y ELECTROENCEFALOGRAFÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS.		
1.- EQUIPOS CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE SEÑAL NEUROFISIOLÓGICA Y DE VIDEO, SINCRONIZADA CON CÓDIGO DE TIEMPO PARA DETECCIÓN SIMULTÁNEA.		
1.1.- PERMITA HACER ESTUDIOS DE EEG/LTM/ICU/PSG.		
2.- CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO, DESDE 30 MINUTOS HASTA 5 DÍAS, DE SEÑAL CONTINUA COMO MÍNIMO.		
3.- EQUIPOS COMPONENTES QUE TIENEN CAPACIDAD DE OPERAR INDEPENDIENTEMENTE O INTEGRARSE A SISTEMAS DE RED DE ALTA VELOCIDAD INTERHOSPITALARIO O A TRAVÉS DE ETHERNET A SISTEMAS DE REDES O MAYOR TECNOLOGÍA.		
4.- SOFTWARE DISEÑADO PARA ALTAS ESPECIFICACIONES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO, CON PROGRAMAS DE FILTRADO DIGITAL PROGRAMABLE, ANÁLISIS ESPECTRAL, GRÁFICAS, MAPEO, ALGORITMOS PATENTADOS DE DETECCIÓN DE EVENTOS ESPECIALES, REVISIÓN CONTINUA DE HISTOGRAMAS DE SUEÑO MIENTRAS SE GRABA PRUEBA POLISOMNOGRÁFICA, CON DATOS PERMANENTES DE ESTADO DE SUEÑO, POSICIÓN DE CUERPO, PRESIONES CPAP Y DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE APNEAS E HIPOPNEAS.		
4.1.- QUE INCLUYA EL SOFTWARE BWFLASH STIMULATOR, SOFTWARE BWANALYSIS Y SOFTWARE BWCENTER& HL7, DE TECNOLOGÍA EQUIVALENTE O MAYOR.		
5.- AMPLIFICADORES PROGRAMABLES CON RANGOS DE FILTRAJE DIGITAL DE 0.1 A 500 HZ. MUESTREOS DE 200, 400, 800 Y 1000 HZ. CONVERTIDOR ANALÓGICO/DIGITAL PROGRAMABLES. ENTRADAS DOBLES EN AMPLIFICADOR Y EN CABLEZAL.		
6.- MONTAJES DE ADQUISICIÓN Y DE DISPLAY INDEPENDIENTES:		
6.1.- LOS MONTAJES DE ADQUISICIÓN PUEDEN SER BIPOLARES, REFERENCIALES O MIXTOS.		
6.2.- LOS MONTAJES DE ADQUISICIÓN Y DISPLAY SON DEFINIDOS POR EL USUARIO.		
6.3.- VENTANAS DE REVISIÓN SIMULTÁNEAS, DE SEÑAL EN VIVO O REVISIÓN RETROSPECTIVA.		
6.4.- MONTAJES, FILTROS Y GANANCIAS, SON DIFERENTES PARA CADA VENTANA.		
6.5.- BASE DE TIEMPO DE 150 MS/PANTALLA O 100 MS/PANTALLA.		
6.6.- DISPLAY EN VIVO, PÁGINA POR PÁGINA, SCROLL O WIPE.		
6.7.- REVISIÓN RETROSPECTIVA POR SELECCIÓN DE PACIENTE PREVIO, ACCESO RÁPIDO A CUALQUIER SEGMENTO DE EEG, SECUENCIAL, EDITOR DE MONTAJE FLEXIBLE, MONTAJE DE LIBRERÍA.		
6.8.- MONTAJES DEFINIDOS POR EL USUARIO PARA CADA PACIENTE VÍA EDITOR.		
6.9.- REFORMATO DE MONTAJES ON-LINE, MONTAJES COMPUESTOS, FILTRAJE DIGITAL, GANANCIA Y FILTRAJE POR CANAL.		
7.- MARCADORES ON-LINE O RETROSPECTIVOS, CON RESOLUCIÓN DESDE UNA MUESTRA HASTA UN PERIODO LARGO A SELECCIONAR.		
8.- SISTEMA DE ADQUISICIÓN CON CAPACIDAD DE OPERACIÓN DE 50 CANALES COMO MÍNIMO.		
9.- DISPLAY EN VIVO DE 1 A 256 CANALES, SELECCIONABLES EN INCREMENTOS DE 1 CANAL.		
10.- ACCESO SIMULTÁNEO A DATOS, LOCAL Y POR SISTEMA, DE ESTACIÓN DE LA RED.		
11.- BASE DE TIEMPO DESDE 1 SEG/PANTALLA HASTA 1 MIN/PANTALLA COMO MÍNIMO.		
12.- DETECCIÓN ON-LINE DE ANORMALIDADES SON ALMACENADOS EN MEMORIA INDEPENDIENTE Y DE ACCESO RÁPIDO.		
13.- PERIODOS DE MUESTREO SELECCIONABLES POR EL USUARIO.		
14.- REVISIÓN DE IMPEDANCIAS PARA LA CABECERA DE LA CAMA.		
15.- EQUIPOS RODABLES COMPUESTOS POR PROCESADOR DE ALTA CAPACIDAD DE MEMORIA MAYOR A 64 MB RAM EXPANDIBLE, AMPLIFICADOR, MONITOR DE COLOR DE ALTA RESOLUCIÓN MAYOR A 1600 POR 1200 O 1280 POR 1024 PÍXELES, ALMACENAMIENTO DE DISCO MAYOR A 2.6 GB, CD ROM, USB O MAYOR TECNOLOGÍA, INTEGRADOS EN CARRO PORTAEQUIPO.		
16.- DEBA INCLUIR LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, COMPATIBLES CON LA MARCA Y MODELO. ACCESORIOS MÍNIMOS A ENTREGAR:		
16.1.- FOTOESTIMULADOR WHITE LED 1-60HZ.		
16.2.- GORROS Y CABLE DE CONEXIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICO.		
16.4.- SENSOR DE OXIMETRÍA.		
16.5.- SENSOR DE FLUJO RESPIRATORIO.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUERENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.329.0040	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>EQUIPO DE MONITOREO, ANÁLISIS Y ADQUISICIÓN DIGITAL NEUROFISIOLÓGICA.</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
16.6.- CARRO DE TRANSPORTE RODABLE CON SISTEMA DE FRENOS COMPATIBLE CON EL DISEÑO DEL EQUIPO OFERTADO.		
16.7.- CON IMPRESORA LÁSER A COLOR DE ALTA RESOLUCIÓN.		
17.- CONSUMIBLES MÍNIMOS A ENTREGAR:		
17.1.- PAPEL COMPATIBLE CON IMPRESORA		
17.2.- GEL TRANSDUCTOR/ PASTA CONDUCTOR.		
18.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>19.- GARANTÍA:</b>	
19.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
<b>20.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
20.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
20.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>21.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
21.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
21.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS (EN CASO DE REQUERIRSE) PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA FÁBRICA.	
21.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.).	
21.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>22.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
22.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
22.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
22.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
22.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
22.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
22.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
22.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
22.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>23.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
23.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
23.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
23.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ  
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ  
DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
ESTERILIZADOR DE VAPOR AUTOGENERADO DE MESA						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO CONECTADO A LA RED ELÉCTRICA, PARA LA TOTAL ELIMINACIÓN O INACTIVACIÓN DE LOS MICROORGANISMOS EXISTENTES EN INSTRUMENTOS MÉDICOS Y OTROS PRODUCTOS ENVUELTOS EN ENVASES (O NO), CON/SIN CAJAS PARA ESTERILIZACIÓN, MEDIANTE ESTERILIZACIÓN CON VAPOR A PRESIÓN (ES DECIR, CALOR HÚMEDO); SE UTILIZA EN PRODUCTOS NO SENSIBLES A LAS ALTAS TEMPERATURAS, EN AGUA Y EN VAPOR.		
1.- ESTERILIZADOR DE VAPOR AUTOGENERADO CON CAPACIDAD ÚTIL DE 28 A 50 LITROS.		
2.- TIPO GABINETE O EMPOTRABLE.		
3.- DE UNA PUERTA.		
4.- ESTRUCTURA FABRICADA EN ACERO INOXIDABLE TIPO AISI 304.		
5.- CÁMARA, CHAQUETA Y PUERTAS CONSTRUIDAS EN ACERO INOXIDABLE TIPO AISI 304.		
6.- ESTERILIZADOR AUTOMÁTICO CONTROLADO POR MICROPROCESADOR O PLC.		
7.- TEMPERATURA DE ESTERILIZACIÓN DE 121 Y 134 °C.		
8.- CON TECNOLOGÍA DE PREVACÍO Y GRAVITATORIO.		
9.- PROGRAMAS PREESTABLECIDOS MÍNIMOS DE ESTERILIZACIÓN:		
9.1.- INSTRUMENTAL: 134°C.		
9.2.- TEXTILES: 134°C.		
9.3.- LÍQUIDOS: 121°C.		
9.4.- CAUCHOS: 121°C.		
9.5.- PRUEBA DE FUGA.		
9.6.- PRUEBA DE BOWIE Y DICK.		
10.- INDICADOR AUDIBLE Y VISIBLE DE FIN DE CICLO.		
11.- ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES COMO MÍNIMO:		
11.1.- PUERTA(S) MAL CERRADA(S).		
11.2.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA.		
11.3.- FALLA DE PRESIÓN DE LA CÁMARA.		
11.4.- FALLA EN EL SENSOR DE TEMPERATURA.		
11.5.- FALLA EN EL SENSOR DE PRESIÓN.		
11.6.- DESVIACIÓN DE TIEMPOS PREESTABLECIDOS.		
12.- GENERADOR DE VAPOR DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI 304 MÍNIMO.		
13.- VÁLVULA DE SEGURIDAD DE VAPOR.		
14.- FILTROS HEPA O MÁXIMO 0.3 MICRONES PARA EL INGRESO DE AIRE LIBRE DE PARTÍCULAS.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



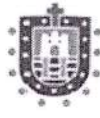
FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		MARCA:
CLAVE	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ESTERILIZADOR DE VAPOR AUTOGENERADO DE MESA		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
15.- SISTEMA DE SEGURIDAD QUE IMPIDA LA APERTURA DE LA PUERTA(S), DURANTE TODO EL CICLO DE ESTERILIZACIÓN.		
16.- SISTEMA DE AUTODIAGNÓSTICO Y DETECCIÓN DE FALLAS POR MEDIO DE MICROPROCESADOR O PLC.		
17.- PANTALLA DIGITAL PARA DESPLIEGUE DE PARÁMETROS, PROGRAMACIÓN, SELECCIÓN DE CICLOS Y ALARMAS.		
18.- CAPACIDAD DE ALMACENAR EL COMPORTAMIENTO DE LOS CICLOS DE ESTERILIZACIÓN DE 5 AÑOS COMO MÍNIMO.		
19.- SISTEMA AUTOMÁTICO DE CALIBRACIÓN AJUSTABLE A LA PRESIÓN Y TEMPERATURA.		
20. SISTEMA DE PARO DE EMERGENCIA DEL EQUIPO.		
21.- SISTEMA DE VACÍO POR SISTEMA VENTURI O BOMBA DE VACÍO.		
22.- SISTEMA ECONOMIZADOR DE AGUA.		
23.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
23.1.- SELLADORA TÉRMICA DE BOLSAS.		
23.2.- EQUIPO ABLANDADOR O SUAVIZADOR DE AGUA DE ACUERDO A TECNOLOGÍA OFERTADA, ÚNICAMENTE SI LA TECNOLOGÍA LOS REQUIERE PARA SU INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.		
23.4.- CHAROLAS DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI 304 MÍNIMO.		
23.5.- MANGUERA.		
23.6.- MANGO PARA CHAROLA.		
23.7.- BASE TIPO MESA PARASOPORTE DEL EQUIPO.		
24.- CONSUMIBLES INCLUIDOS :		
24.1- AGUA BIDESTILADA.		
24.2.- BOLSAS PARA ESTERILIZACIÓN.		
25.- CORRIENTE ELÉCTRICA: DE ACUERDO A LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE LA UNIDAD MÉDICA DESTINO.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
26.- GARANTÍA:	
26.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
27.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
27.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
27.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
28.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
28.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ESTERILIZADOR DE VAPOR AUTOGENERADO DE MESA		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
28.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS (EN CASO DE REQUERIRSE) PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA FÁBRICA.	
28.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
28.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
29.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
29.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
29.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485	
29.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
29.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
29.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485	
29.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
30.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:	
30.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
30.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
30.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORO

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENLÓN 19

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.385.1080			
NOMBRE GENÉRICO					
ESTERILIZADOR DE VAPOR AUTOGENERADO PARA DENTAL Y MAXILOFACIAL					
ORÍGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1

## ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

- 1 Equipo semi portátil para esterilizar instrumental y material
- 2 De vapor autogenerado
- 3 Tipo gabinete de sobremesa
- 4 Con depósito de agua interconstruido (como parte del equipo)
- 5 Dimensiones de la cámara: 17\*34 cm, 23\*47 cm y 257\*47 cm
- 6 Salida manual del agua a drenaje
- 7 Cámara y puerta de acero inoxidable calidad 316 L
- 8 Charolas perforadas de acero inoxidable tipo 316 L, en calidad y dimensión de acuerdo al modelo del equipo
- 9 Capacidad de 20 lts. +/- 3 lts.
- 10 Despliegue digital de: presión, temperatura y tiempo de esterilización
- 11 Rango ajustable y programable de temperatura de esterilización entre 105 °C y 134 °C o mayor
- 12 Control automático de todo el proceso de esterilización
- 13 Control para seleccionar diferentes ciclos o programas de esterilización que incluya el secado y con posibilidad de personalizar ciclos
- 14 Programas de esterilización para los ciclos de :
  - 14.1 \* Instrumentos sueltos
  - 14.2 \* Instrumentos envueltos y textiles
  - 14.3 \* Líquidos (con escape lento)
- 15 Indicadores del proceso de esterilización y de fin de ciclo
- 16 Conclusión automática al finalizar el ciclo de esterilización
- 17 Sistema de seguridad:
  - 17.1 \* Que impida la apertura de la puerta durante el ciclo o cuando en la cámara exista presión
  - 17.2 \* Válvula de seguridad por exceso de presión
  - 17.3 \* Indicador de falla durante el ciclo
  - 17.4 \* Indicador de baja en el nivel de agua
  - 17.5 \* Apagado del equipo por sobrecalentamiento
- 18 Con destilador y desmineralizador para operar con corriente eléctrica 120V/60 Hz
- 19 Corriente eléctrica 120V/60 Hz +/- 10%
- 20 **GARANTÍA:**
  - 20.1 Garantía mínima de dos años (24 meses) a partir de la fecha de instalación contra defectos de fabricación
- 21 **MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:**
  - 21.1 Mantenimiento preventivo ortogado con una frecuencia mínima de 6 meses durante el tiempo de garantía, incluyendo kits y refacciones originales nuevas en cada servicio.
  - 21.2 Deberá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario
  - 21.3 El proveedor dará atención a los mantenimientos correctivos cuando la unidad médica lo reporte durante el período de garantía. Para tal efecto, el proveedor proporcionará los números de servicio técnico que deberán estar disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.
  - 21.4 El proveedor deberá demostrar que cuenta con instalaciones dentro de la República Mexicana y Departamento de Servicio Técnico por personal suficiente para atender los servicios.
- 22 **INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:**
  - 22.1 Adecuaciones necesarias para la instalación y puesta en marcha del equipo en el lugar destino.
  - 22.2 Capacitación al usuario de todos los turnos de la unidad médica
- 23 **NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:**
  - 23.1 Para bienes de origen nacional presentar copia simple de:
    - 23.1.1 Certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por COFEPRIS
    - 23.1.2 Certificado de calidad ISO:9001

YG





# RENLÓN 19

ÁREA REQUINENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				
CLAVE	531.385.1080				
NOMBRE GENÉRICO					
ESTERILIZADOR DE VAPOR AUTOGENERADO PARA DENTAL Y MAXILOFACIAL					
ORÍGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1

## ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

23.1.3	Certificado de calidad ISO:13485
23.1.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS
23.2	Para bienes de origen internacional, presentar copia simple de:
23.2.1	Certificado FDA o CE o JIS o el equivalente del país de origen.
23.2.2	Certificado de calidad ISO: 9001 o ISO: 13485
23.2.3	Certificado de calidad ISO:13485
23.2.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS
24	<b>MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>
24.1	Manual de operación en español
24.2	Manual de servicio
24.3	Guía mecánica de instalación (anexa a propuesta técnica)

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:
CLAVE		531.295.1188			CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO					
ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO CON LED					
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	35
					REGISTRO SANITARIO O DOF:
					CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
CONJUNTO DE INSTRUMENTOS ALIMENTADO MEDIANTE BATERÍA, PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA OFTÁLMICA Y OTOSCOPIA DE UN PACIENTE, QUE VIENEN EN UN ESTUCHE ESPECIAL E INCLUYEN UN OFTALMOSCOPIO Y UN OTOSCOPIO (SUELEN SER LOS CABEZALES INTERCAMBIABLES DE ESTOS INSTRUMENTOS) UNA EMPUÑADURA QUE CONTIENE LAS BATERÍAS COMUNES A ESTOS EQUIPOS DE EXPLORACIÓN, Y LOS REPUESTOS (P. E.), ESPÉCULOS DE OÍDO O BOMBILLAS ADICIONALES). REUTILIZABLE.		
1.- ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO CON LED		
2.- OTOSCOPIO CON ILUMINACIÓN LED A TRAVÉS DE FIBRA ÓPTICA DE 3.5 VOLTS COMO MÍNIMO.		
2.1.- LENTE CON 2.5 AUMENTOS COMO MÍNIMO.		
2.2.- CON 4 ESPÉCULOS REUSABLES EN DIFERENTES TAMAÑOS COMO MÍNIMO.		
2.3.- SISTEMA SELLADO O HERMÉTICO PARA PRUEBAS NEUMÁTICAS.		
2.4.- QUE PERMITA LA INSERCIÓN DE INSTRUMENTOS EXTERNOS.		
2.5.- VIDA ÚTIL DEL LED DE 10,000 HORAS O 7 AÑOS COMO MÍNIMO.		
2.6.- TEMPERATURA DE COLOR EN EL RANGO DE 3,500 A 5,500 GRADOS KELVIN.		
3.- OFTALMOSCOPIO CON ILUMINACIÓN LED DE 3.5 VOLTS COMO MÍNIMO.		
3.1.- CON AL MENOS 6 APERTURAS Y 3 FILTROS.		
3.2.- CON AL MENOS 28 LENTES PARA DIOPTRÍAS DENTRO DEL RANGO DE -25 A +40.		
3.3.- TEMPERATURA DE COLOR EN EL RANGO DE 3,500 A 5,500 GRADOS KELVIN.		
4.- MANGO METÁLICO DE ACABADO RUGOSO O ESTRIADO.		
4.1.- CON CONTROL DE INTENSIDAD DE LUZ.		
4.2.- RECARGABLE A LA CORRIENTE DE FORMA DIRECTA O CON CARGADOR. CARGADOR Y BATERÍAS DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO.		
4.3.- PARA USO CON BATERÍAS ALCALINAS TAMAÑO O TIPO "C" RECARGABLES DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
5.- ACOPLAMIENTO DE OTOSCOPIO Y OFTALMOSCOPIO AL MANGO POR SISTEMA MECÁNICO DE GIRO.		
6.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
6.1.- PORTA-ABATELenguas (1).		
6.2.- CON ESPÉCULO NASAL (1).		
6.3.- CON ESPEJO LARÍNGEO (1).		
6.4.- CON ESTUCHE RÍGIDO PARA GUARDAR LOS ACCESORIOS.		
7.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
7.1.- BATERÍA RECARGABLE TIPO "C" (2 PIEZAS)		
7.2.- ESPÉCULOS DESECHABLES (5 PIEZAS)		
8.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
9.- GARANTÍA:	
9.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
10.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
10.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
10.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
10.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
10.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
10.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
10.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
10.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
10.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
11.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
11.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
11.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ  L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	AUTORIZÓ  DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE
--	--	---





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		531.292.0019			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
FONODETECTOR PORTÁTIL DE LATIDOS FETALES					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	6	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
1.- DETECCIÓN DEL LATIDO CARDIACO FETAL POR EFECTO DOPPLER PULSADO O CONTINUO.		
2.- TRANSDUCTOR DE 2 MHz A 3 MHz PARA USO ESPECÍFICO EN OBSTETRICIA.		
2.1.- LONGITUD DEL CABLE DE LA SONDA DE 3 METROS COMO MÍNIMO.		
2.2.- A PRUEBA DE AGUA E INTERCAMBIABLE.		
3.- RESOLUCIÓN DE 1 lpm, COMO MÍNIMO.		
4.- EXACTITUD DE +/- 3 lpm, COMO MÁXIMO.		
5.- DESPLIEGUE DIGITAL EN PANTALLA LCD O ELECTROLUMINISCENTE DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y SEÑAL VISUAL DE LATIDO CARDIACO FETAL.		
6.- CON AUTODETECCIÓN DE TRANSDUCTOR.		
7.- CON BATERÍAS RECARGABLES.		
7.1.- CARGADOR DE BATERÍAS INTERCONSTRUIDO.		
7.2.- CON INDICADOR DE BATERÍA EN PANTALLA		
7.3.- TIEMPO DE OPERACIÓN DE 4 HORAS MÍNIMO O CAPACIDAD MAYOR A 250 EXAMENES USANDO BATERÍAS.		
8.- CON APAGADO AUTOMÁTICO CUANDO NO ESTÁ EN USO PARA MAYOR DURACIÓN DE LA BATERÍA.		
9.- BOCINA INTERCONSTRUIDA AL EQUIPO.		
10.- CONTROL DE VOLUMEN VARIABLE.		
11.- PROCESADO POR AUTOCORRELACIÓN.		
12.- CONECTOR PARA AUDÍFONOS.		
13.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
13.1.- BOLSA PARA TRANSPORTE.		
13.2.- BATERÍAS RECARGABLES COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
13.3.- AUDÍFONOS COMPATIBLES CON EL EQUIPO OFERTADO.		
14.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
14.1.- DOS BOTES DE GEL CONDUCTOR.		
15.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
16.- GARANTÍA:	
16.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
17.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
17.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
17.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
17.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
17.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
17.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
17.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
17.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
17.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
18.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
18.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
18.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:
CLAVE		531.345.0016			CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:
GLUCÓMETRO					MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	37
					REGISTRO SANITARIO O DOF:
					CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATALOGO, ETC.
1.- EQUIPO PORTÁTIL PARA MEDIR LA CONCENTRACIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE UTILIZANDO TIRAS REACTIVAS Y SANGRE CAPILAR.		
2.- MÉTODO DE MEDICIÓN: ELECTROQUÍMICO, REFLECTANCIA, BIOSENSOR, COLORIMETRÍA O ABSORBANCIA.		
3.- CAPACIDAD DE MEDICIÓN DE 10 A 600 mg/dl.		
4.- VOLUMEN DE MUESTRA MÁXIMO DE 10 MICROLITROS.		
5.- CON PANTALLA LCD.		
6.- CON DISPOSITIVO DE PUNCIÓN SEMIAUTOMÁTICA PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE CAPILAR.		
7.- CON DETECCIÓN DE MUESTRA INSUFICIENTE.		
8.- TIEMPO DE PRUEBA: MÁXIMO 10 SEGUNDOS.		
9.- CON CAPACIDAD DE MEMORIA DE AL MENOS 400 PRUEBAS.		
10.- APAGADO AUTOMÁTICO DESPUES DE NO SER UTILIZADO EL EQUIPO.		
11.- INDICADOR DE BATERÍA BAJA.		
12.- BATERÍAS DESECHABLES ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.		
13.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
13.1.- CINCO CAJAS DE TIRAS REACTIVAS PARA GLUCÓMETRO Y CINCO CAJAS DE LANCETAS ESTÉRILES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO Y FECHAS DE CADUCIDAD MÍNIMA A UN AÑO DESPUES DE LA FECHA DE ENTREGA.		
13.2.- VEINTE BATERÍAS DESECHABLES COMPATIBLES CON LA MARCA Y MODELO DE EQUIPO OFERTADO.		
14.- ACCESORIOS:		
14.1.- ESTUCHE PARA GUARDA DE EQUIPO.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
15. GARANTÍA:	
15.1 GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
16.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
16.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
16.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
16.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485	
16.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
16.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
16.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
16.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO 13485	
16.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
17.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
17.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
17.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
17.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GARCÍA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.231.0161				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						
INCUBADORA PARA CONTROLES BIOLÓGICOS DE LA ESTERILIZACIÓN CON VAPOR						
MARCA:						
MODELO:						
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
1.- DISPOSITIVO AUTO-LECTOR (INCUBADORA) PARA REALIZAR LAS PRUEBAS DE VALIDACIÓN DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN PARA CONTROL DE CALIDAD REALIZADA EN AUTOCLAVE DE VAPOR MEDIANTE PRODUCTOS BIOLÓGICOS.		
2.- CON INDICADOR DE TEMPERATURA DE 55 A 60 ° C.		
3.- CON ALARMA LUMINOSA DE LA TEMPERATURA.		
4.- AL MENOS, CON DIEZ PORTA VIALES O DEPÓSITOS, REDONDOS, PARA INCUBAR "INDICADORES BIOLÓGICOS".		
5.- INCUBADORA CONSTRUÍDA EN MATERIALES PLÁSTICOS Y/O METÁLICOS DE ALTA CALIDAD Y RESISTENCIA.		
6.- CONSUMIBLES:		
6.1.- AL MENOS, DOS CAJAS CON 100 PIEZAS CADA UNA, DE PRUEBAS TESTIGO BIOLÓGICAS.		
7.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
8. GARANTÍA:	
8.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
9.MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
9.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 12 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
9.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. ASÍ MISMO DEBERA OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA).	
10. INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
10.1.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
10.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
11. NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
11.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
11.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
11.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
11.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
12. MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:	
12.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
12.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.497.0020				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
INCUBADORA PARA CUIDADOS GENERALES						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATALOGO, ETC.
EQUIPO DISEÑADO PARA PROPORCIONAR UN AMBIENTE CERRADO CONTROLANDO LA TEMPERATURA DEL AIRE Y LA TEMPERATURA DE LA PIEL DEL PACIENTE.		
1.- INCUBADORA PARA CUIDADOS GENERALES		
2.- MONITOREO DE PARÁMETROS:		
2.1.- CON INDICADOR DE LA POTENCIA Y ENCENDIDO DEL CALEFACTOR		
2.2.- CON PRECALENTAMIENTO MÍNIMO DE 20 MINUTOS AL 100%.		
2.3.- DESPLIEGUE EN PANTALLA DIGITAL LCD DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:		
2.3.1.- TEMPERATURA DEL PACIENTE MEDIDA Y PROGRAMADA.		
2.3.2.- TEMPERATURA DEL AIRE MEDIDA Y PROGRAMADA.		
2.3.3.- TEMPERATURA DE CONTROL MEDIDA Y PROGRAMADA.		
3.- CONTROLES:		
3.1.- CONTROL CON MODO SERVOCONTROLADO PARA AJUSTE DE TEMPERATURA DEL AIRE DE 23 °C O MENOR A MÁXIMO 37°C. CON SOBREGIRO O RANGO AMPLIADO DE TEMPERATURA O SOBRETENPERATURA DE MÁS DE 37°C HASTA 39°C.		
3.2.- CONTROL CON MODO SERVOCONTROLADO PARA AJUSTE DE TEMPERATURA DE LA PIEL DEL PACIENTE NO MENOR A 34°C HASTA 37°C. CON SOBREGIRO O RANGO AMPLIADO DE TEMPERATURA O SOBRETENPERATURA EN EL RANGO DE 37°C A MÁXIMO 38 °C.		
3.3.- CON RESOLUCIÓN MÍNIMA DE 0.1 °C.		
3.4.- TECLADO HERGONOMICO PARA SU FACIL CONFIGURACIÓN		
3.5.- CONTROLADO POR MICROPROCESADOR O MICROCONTROLADOR.		
3.6.- PUERTO DE ENTRADA PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO.		
3.7.- SISTEMA DE HUMIDIFICACIÓN CON CONTROL MANUAL O PASIVO.		
3.8.- CON DEPÓSITO DE AGUA REMOVIBLE Y ESTERILIZABLE.		
4.- ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES DE:		
4.1.- FALLA DEL SENSOR DE TEMPERATURA DEL PACIENTE.		
4.2.- TEMPERATURA ALTA DEL PACIENTE EN MODO SERVOCONTROLADO.		
4.3.- TEMPERATURA ALTA DEL AIRE		
4.4.- FALLA DE LA CIRCULACIÓN O FLUJO DE AIRE.		
4.5.- FALLA DEL SISTEMA.		
4.6.- FALTA DE SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA.		
4.7.- SILENCIADOR TEMPORAL DE ALARMAS.		
5.- GABINETE:		
5.1.- DOBLE PARED, CON CIRCULACIÓN DE AIRE ENTRE EL CAPACETE Y LA DOBLE PARED.		
5.2.- CAPACETE TRANSPARENTES DE ACRÍLICO CON POLICARBONATO.		
5.3.- PUERTA DE ACCESO FRONTAL CON CORTINA DE AIRE.		
5.4.- CON AL MENOS CUATRO ACCESOS PARA TUBOS AL INTERIOR DE LA CÁMARA.		
5.5.- CON AL MENOS CUATRO PORTILLOS DE ACCESO AL PACIENTE.		
5.6.- CON BASE DE COLCHÓN RADIOTRASPARENTE INTERCONSTRUIDA.		
5.7.- BASE PARA EL COLCHÓN CON AJUSTE ELECTRICO DE TRENDELEBURG Y TRENDELEBURG INVERSO DE +/- 12° COMO MÍNIMO.		
5.8.- NIVEL DE RUIDO EN EL INTERIOR DEL CAPACETE MENOR O IGUAL A 50 DBA.		
6.- GABINETE DE ACERO Y DE ALTURA AJUSTABLE.		
6.1.- BASE RODABLE CON FRENO EN AL MENOS DOS RUEDAS Y UNA RUEDA DE DIRECCIÓN COMO MÍNIMO		
6.2.- CON UN CAJÓN O ENTREPAÑO, COMO MÍNIMO.		
7.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
7.1.- SOPORTE PARA SOLUCIONES.		
7.2.- UN COLCHÓN CON CUBIERTA LAVABLE E IMPERMEABLE, DE 3 CM DE ESPESOR COMO MÍNIMO.		
7.3.- DOS SENSORES REUSABLE DE TEMPERATURA DE PIEL.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.497.0020	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
INCUBADORA PARA CUIDADOS GENERALES		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
<b>8.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:</b>		
8.1.- DOSCIENTOS PARCHES REFLEJANTES PARA SOSTENER EL SENSOR.		
8.2.- VEINTE MANGAS PARA PORTILLOS.		
8.3.- DOS FILTROS DE AIRE CONMPATIBLES CON EL EQUIPO Y DE ACUERDO A LA TECNOLOGIA OFERTADA.		
8.4.- DOS FILTROS DE OXÍGENO CONMPATIBLES CON EL EQUIPO Y DE ACUERDO A LA TECNOLOGIA OFERTADA.		
9.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		
10.- CONSUMO DE ENERGÍA NO MAYOR A 1000W.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>11.- GARANTÍA:</b>	
11.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>12.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
12.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGIA OFERTADA.	
12.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>13.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN:</b>	
13.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
13.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
13.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>14.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
14.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
14.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
14.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES,.	
14.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>15- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
15.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
15.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERA ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
15.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
LÁMPARA DE EXAMINACIÓN DE UN LED, CABEZAL PEQUEÑO						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	45	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE PROPORCIONA LUZ INTENSA Y FOCALIZADA PARA ILUMINAR EL ÁREA DE EXAMINACIÓN O TRATAMIENTO DEL PACIENTE		
1.- LÁMPARA DE EXAMINACIÓN DE LED, CABEZAL PEQUEÑO.		
2.- CON CONTROL DE ENCENDIDO Y APAGADO.		
5.- TEMPERATURA DE COLOR DE 5500 GRADOS KELVIN COMO MÍNIMO.		
3.- FUENTE DE LUZ CON LED BLANCO GRADO MÉDICO.		
4.- INTENSIDAD DE LUZ DE 20,000 LUXES COMO MÍNIMO, A UNA DISTANCIA ENTRE 40 Y 60 CM.		
10.- CON DIÁMETRO DE ILUMINACIÓN VARIABLE EN EL RANGO DE 10 A 25 CM A UNA DISTANCIA DE 40 CM.		
6.- TIEMPO DE VIDA ÚTIL DEL LED 50,000 HORAS COMO MÍNIMO.		
8.- TUBO FLEXIBLE O MULTIÁNGULO, CON UNA LONGITUD DE 100 CM COMO MÍNIMO.		
7.- CABEZAL DE ILUMINACIÓN COMPACTA.		
11.- SOPORTE CON BASE RODABLE Y FRENO EN ALMENOS DOS RUEDAS.		
12.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
13.- GARANTÍA:	
13.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
14.- INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA:	
14.1.- EN CASO DE REQUERIR INSTALACIÓN O ARMADO DEBERÁ DE REALIZARLO EL PROVEEDOR ADJUDICADO.	
15.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
15.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
15.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
15.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
15.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
15.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
16.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
16.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
16.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





# RENGLÓN 26

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.562.0020			
NOMBRE GENÉRICO					
LÁMPARA DE FOTOCURADO DE RESINAS Y CEMENTOS FOTOPOLIMERIZABLES					
ORÍGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS					
1	Lámpara de fotocurado de LED para resinas y cementos fotopolimerizables para obturación dental				
2	Fuente de luz LED				
3	Con pieza de mano inalámbrica con guía o conducto de luz reusable y esterilizable no mayor a 10 mm de diámetro				
4	Longitud de onda o ancho del espectro de 400 a 525 nm como mínimo				
5	Intensidad lumínica de 100 mW/cm <sup>2</sup> como mínimo				
6	Revestimiento de dióxido de silicio fundido, que garantiza una luz lineal con duración superior a los 10,000 ciclos de polimerización				
7	Tiempo de polimerización incidiendo en 5 segundos y hasta 20 segundos o mayor.				
8	Botón o control de encendido				
9	Indicador digital o visual de: encendido y apagado de la lámpara de fotocurado, tiempo de polimerización y batería baja				
10	Indicador audible de inicio y fin de ciclos de fotocurado, así como batería baja				
11	Carga de las baterías por medio de base para recargar, de la misma marca o a través de conexión directa por medio de eliminador de la misma marca				
12	Con protector ámbar de haz de luz para el usuario				
13	Con lentes o gafas de protección color ámbar para usuarios y pacientes				
14	Peso de la pieza de mano no mayor a 300 gramos				
15	Corriente eléctrica de 120v +/- 10% y 60 Hz contacto polarizado				
16	<b>Accesorios:</b>				
16.1	No incluye				
17	<b>GARANTÍA:</b>				
17.1	Garantía mínima de dos años (24 meses) a partir de la fecha de instalación contra defectos de fabricación				
18	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>				
18.1	Incluye mantenimiento preventivo y correctivo otorgado con una frecuencia mínima cada 6 meses por personal calificado, durante el tiempo de garantía				
19	<b>INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>				
19.1	No aplica				
20	<b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>				
20.1	Para bienes de origen nacional presentar copia simple de:				
20.1.1	Certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por COFEPRIS				
20.1.2	Certificado de calidad ISO:9001-2015 vigente				
20.1.3	Certificado de calidad ISO:13485				
20.1.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS				
20.2	Para bienes de origen internacional, presentar copia simple de:				
20.2.1	Certificado FDA o CE o JIS o el equivalente del país de origen.				
20.2.2	Certificado de calidad ISO: 9001-2015 vigente				
20.2.3	Certificado de calidad ISO:13485				
20.2.4	Si es necesario agregar DOF vigente y señalado el artículo, ambos documentos deben ser vigentes y legibles				
21	<b>MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>				
21.1	Manual de operación en español				
21.2	Manual de servicio				

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZA

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		531.562.0046			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO						
LÁMPARA DE FOTOTERAPIA DE PEDESTAL DE LED'S						
MODELO:						
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO DISEÑADO PARA EMITIR LUZ AZUL CON UNA LONGITUD DE ONDA ESPECÍFICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL. EL EQUIPO PUEDE CONSISTIR EN UN EMISOR DE LUZ QUE FILTRE SOLAMENTE LUZ ULTRAVIOLETA (UV).		
1.- CON PANTALLA DIGITAL DE VASUALIZACIÓN Y TECLAS ERGONÓMICAS PARA AJUSTES.		
2.- INTEGRADA POR DIODOS EMISORES DE LUZ (LED) GRADO MÉDICO:		
2.1.- VIDA MEDIA DE 15 000 HORAS COMO MÍNIMO.		
2.2.- IRRADIACIÓN MÍNIMA DE 40 MICROWATTS/cm2 /NANÓMETRO A 40 CM. EN EL RANGO DE LONGITUD DE ONDA DE 420 A 490 NANÓMETROS.		
3.- CONTROL VARIABLE DIGITAL DE INTENSIDAD DE LUZ, AL MENOS 4 PASOS.		
4.- CABEZAL DE LEDS CON AJUSTE DE INCLINACIÓN.		
5.- PEDESTAL DE ALTURA AJUSTABLE, RODABLE CON SISTEMA DE FRENOS O FIJACIÓN EN AL MENOS DOS RUEDAS.		
6.- CON CONTADOR DE HORAS DIGITAL.		
7.- CON LUZ BLANCA INTEGRADA PARA OBSERVACION.		
8.- SUPERFICIE DEL CABEZAL DE LA LAMPARA DEBERA SER LISA DE FÁCIL LIMPIEZA, SIN ENTRADAS DE VENTILACIÓN O VENTILADOR.		
9.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
9.1.- DIEZ PROTECTORES DE OJOS.		
9.2.- CINCO PROTECTORES PARA GENITALES.		
10.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
11.- GARANTÍA:	
11.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
12.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
12.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
12.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ASÍ MISMO DEBERA OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA).	
13.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
13.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
13.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
14.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
14.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
14.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
14.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
14.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
15.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
15.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
15.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAGNA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE

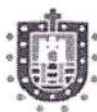




FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.562.1010				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
LÁMPARA QUIRÚRGICA DOBLE DE LED						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPON CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO PARA LA ILUMINACIÓN ESPECÍFICA DE UN SITIO QUIRÚRGICO DURANTE PERIODOS PROLONGADOS QUE FACILITA AL CIRUJANO UNA VISUALIZACIÓN ÓPTIMA DE PEQUEÑOS OBJETOS DE BAJO CONTRASTE A DIVERSAS PROFUNDIDADES O A TRAVÉS DE INCISIONES. ADEMÁS DE ILUMINAR ADECUADAMENTE, MINIMIZAR LA EMISIÓN DE CALOR, Y REDUCIR LAS SOMBRAS, PROVOCA UNA MÍNIMA DISTORSIÓN CROMÁTICA; LO QUE FACILITA LA EVALUACIÓN DE LOS TEJIDOS Y ESTRUCTURAS.		
1.- LÁMPARA QUIRÚRGICA DOBLE DE LED		
2.- MONTAJE DE COLUMNA FIJA AL TECHO.		
3.- INTEGRADA POR DOS LÁMPARAS, CADA LÁMPARA CON:		
3.1.- LIBRE DE SOMBRAS A LA INTERPOSICIÓN DE CUERPOS.		
3.2.- FUENTE DE LUZ:		
3.2.1.- LED ULTRA BLANCO CON TIEMPO DE VIDA ÚTIL DE 60,000 HORAS COMO MÍNIMO.		
3.2.2.- ENSAMBLADO EN BASE DE ALUMINIO.		
3.3.- TAMAÑO DEL CAMPO DE TRABAJO POR SATÉLITE:		
3.3.1.- PROFUNDIDAD DE ILUMINACIÓN DE 100cm COMO MÍNIMO, A 1 METRO DE DISTANCIA DE LA FUENTE SIN REENFOQUE.		
3.3.2.- DIÁMETRO DE ILUMINACIÓN AJUSTABLE DE 18cm A 25cm COMO MÍNIMO.		
3.4.- TEMPERATURA DE COLOR EN EL RANGO DE 4200 A 6000 GRADOS KELVIN.		
3.5.- ÍNDICE DE RENDIMIENTO DE COLOR DE 95% COMO MÍNIMO.		
3.6.- INTENSIDAD LUMINOSA HOMOGÉNEA AJUSTABLE EN EL RANGO DE 100,000 A 160,000 LUXES A 1 M DE DISTANCIA DE LA FUENTE.		
3.7.- ENERGÍA DE RADIACIÓN DE 400 W/m2 O MENOR POR CADA LÁMPARA.		
3.8.-MANGO:		
3.8.1.- PLÁSTICO		
3.8.2.- DESMONTABLE DE ENSAMBLE RÁPIDO (NO ENROSCABLE).		
3.8.3.- ESTERILIZABLE.		
3.9.- PANEL DIGITAL DE CONTROL ELECTRÓNICO DE ENCENDIDO, APAGADO, AUMENTO Y DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD LUMINOSA Y SELECTOR DE COLOR.		
3.10.- CABEZAL CERRADO CON SUPERFICIE EXTERNA LISA, SIN BORDES NI TORNILLOS PARA FÁCIL LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.		
4.- DOS BRAZOS PORTA LÁMPARA CADA UNO CON:		
4.1.- AJUSTE VERTICAL MÍNIMO DE 100 cm Y ABATIBLE A +/- 45°.		
4.2.- GIRO ROTATORIO DE 360°.		
4.3.- ARTICULADO.		
5.- SISTEMA DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (UPS):		
5.1.- GRADO MÉDICO, INTEGRADA O INTERCONSTRUIDA CON UN TIEMPO DE RESPALDO DE 4 HORAS COMO MÍNIMO. TIEMPO DE RECARGA DE LAS BATERÍAS AL 100% EN MENOS DE 6 HORAS.		
6.- CUATRO MANGOS DESMONTABLES Y ESTERILIZABLES, COMPATIBLES CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO OFERTADO.		
7.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUIRENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.562.1010	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>LÁMPARA QUIRÚRGICA DOBLE DE LED</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>8.- GARANTÍA:</b>	
8.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>9.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
9.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
9.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>10.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN:</b>	
10.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
10.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA E INSTALACION ELECTRICA EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.	
10.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
10.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>11.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
11.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
11.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
11.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
11.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>12.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
12.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
12.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
12.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR GUÍA MECÁNICA, EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL.	
12.4.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.562.0905				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
LÁMPARA QUIRÚRGICA PORTÁTIL PARA EMERGENCIA						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

REFERENCIA EN MANUAL Y/O  
CATÁLOGO, ETC.

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO PARA LA ILUMINACIÓN ESPECÍFICA DE UN SITIO QUIRÚRGICO DURANTE PERIODOS PROLONGADOS QUE FACILITA AL CIRUJANO UNA VISUALIZACIÓN ÓPTIMA DE PEQUEÑOS OBJETOS DE BAJO CONTRASTE A DIVERSAS PROFUNDIDADES O A TRAVÉS DE INCISIONES. ADEMÁS DE ILUMINAR ADECUADAMENTE, MINIMIZAR LA EMISIÓN DE CALOR, Y REDUCIR LAS SOMBRAS, PROVOCA UNA MÍNIMA DISTORSIÓN CROMÁTICA; LO QUE FACILITA LA EVALUACIÓN DE LOS TEJIDOS Y ESTRUCTURAS. CONSTA DE LEDS QUE REFLEJAN LA LUZ A TRAVÉS DE REFLECTORES O ESPEJOS.		
1 - LÁMPARA QUIRÚRGICA PORTÁTIL PARA EMERGENCIA DE LED		
2 - MONTAJE:		
2.1 - COLUMNA FIJA A PEDESTAL RODABLE		
3 - BRAZO PORTA LÁMPARA:		
3.1 - CON GIRO ROTATORIO DE 360°		
3.2 - AJUSTE A +/- 40° 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 ULTRABLANCO.		
4.2.2 - TIEMPO DE VIDA ÚTIL DE 60,000 HORAS COMO MÍNIMO.		
4.2.3 - ÍNDICE DE RENDIMIENTO DE COLOR DE 95% COMO MÍNIMO.		
4.2.4 - TEMPERATURA DE COLOR AJUSTABLE EN EL RANGO DE 4200 A 5000 GRADOS KELVIN.		
4.2.5 - ENSAMBLADO EN BASE DE ALUMINIO.		
4.3 - TAMAÑO DEL CAMPO DE TRABAJO:		
4.3.1 - DIÁMETRO DE ILUMINACIÓN AJUSTABLE DE 18cm A 25cm COMO MÍNIMO.		
4.3.2 - PROFUNDIDAD DE ILUMINACIÓN DE 100cm COMO MÍNIMO A 1 METRO DE DISTANCIA DE LA FUENTE SIN REENFOQUE.		
4.4 - ENERGÍA DE RADIACIÓN DE 400 W/M2 O MENOR		
4.5 - INTENSIDAD LUMINOSA HOMOGÉNEA AJUSTABLE EN EL RANGO DE 100,000 A 160,000 LUXES A 1 M DE DISTANCIA DE LA FUENTE.		
4.6 - MANGO:		
4.6.1 - DESMONTABLE ENSAMBLE RÁPIDO (NO ENROSCABLE).		
4.6.2 - ESTERILIZABLE.		
4.6.3 - PLÁSTICO.		
4.7 - CABEZAL CERRADO CON SUPERFICIE EXTERNA LISA, SIN BORDES NI TORNILLOS PARA FÁCIL LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.		
4.8 - PANEL DE CONTROL ELECTRÓNICO DE ENCENDIDO, APAGADO, AUMENTO Y DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD LUMINOSA Y SELECTOR DE COLOR.		
5 - BATERÍA RECARGABLE COMPATIBLE CON EQUIPO OFERTADO:		
5.1 - INDICADOR DE NIVEL DE CARGA.		
5.2 - TIEMPO DE LA BATERÍA EN USO MÍNIMO 4 HORAS.		
5.3 - FUNCIONAMIENTO CONTINUO.		
5.4 - SIN VARIACIONES EN LA CALIDAD DE LA ILUMINACIÓN, DURANTE EL USO CON BATERÍA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.562.0905	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
LÁMPARA QUIRÚRGICA PORTÁTIL PARA EMERGENCIA		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
6 - ACCESORIOS INCLUIDOS:		
6.1 - CABLE ALIMENTACIÓN GRADO MÉDICO, CON LONGITUD DE 3.5 METROS COMO MÍNIMO.		
6.2 - DOS MANGOS DESMONTABLES Y ESTERILIZABLES, DE LA MISMA MARCA Y COMPATIBLE CON EL MODELO DEL EQUIPO OFERTADO.		
7 - CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
8 - GARANTÍA:	
8.1 - GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
9 - MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
9.1 - DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
9.2 - DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
10 - INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
10.1 - LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
10.2 - CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
10.3 - LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
11. NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
11.1 PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.1.1 CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
11.1.2 CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.1.3 - REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
11.2 PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.2.1 CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
11.2.2 CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.2.3 - REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
12. MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
12.1 EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
12.3 EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAGNA FERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





# RENGLÓN 30

Hoja 1 de 2

FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.562.0707				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
LÁMPARA QUIRÚRGICA SENCILLA OBSTÉTRICA DE LED						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO PARA LA ILUMINACIÓN ESPECÍFICA DE UN SITIO QUIRÚRGICO DURANTE PERIODOS PROLONGADOS QUE FACILITA AL CIRUJANO UNA VISUALIZACIÓN ÓPTIMA DE PEQUEÑOS OBJETOS DE BAJO CONTRASTE A DIVERSAS PROFUNDIDADES O A TRAVÉS DE INCISIONES. ADEMÁS DE ILUMINAR ADECUADAMENTE, MINIMIZAR LA EMISIÓN DE CALOR, Y REDUCIR LAS SOMBRAS, PROVOCA UNA MÍNIMA DISTORSIÓN CROMÁTICA; LO QUE FACILITA LA EVALUACIÓN DE LOS TEJIDOS Y ESTRUCTURAS.		
1.- LÁMPARA QUIRÚRGICA SENCILLA OBSTÉTRICA DE LED.		
2.- MONTAJE DE COLUMNA FIJA AL TECHO.		
3.- LÁMPARA:		
3.1.- LIBRE DE SOMBRAS A LA INTERPOSICIÓN DE CUERPOS.		
3.2.- FUENTE DE LUZ:		
3.2.1.- LED ULTRA BLANCO CON TIEMPO DE VIDA ÚTIL DE 60,000 HORAS COMO MÍNIMO.		
3.2.2.- ENSAMBLADO EN BASE DE ALUMINIO.		
3.3.- ÍNDICE DE RENDIMIENTO DE COLOR DE 95% COMO MÍNIMO.		
3.4.- TEMPERATURA DE COLOR AJUSTABLE EN EL RANGO DE 4200 A 6000 GRADOS KELVIN.		
3.5.- TAMAÑO DEL CAMPO DE TRABAJO:		
3.5.1.- PROFUNDIDAD DE ILUMINACIÓN DE 100cm COMO MÍNIMO, A 1 METRO DE DISTANCIA DE LA FUENTE SIN REENFOQUE.		
3.5.2.- DIÁMETRO DE ILUMINACIÓN AJUSTABLE DE 18cm A 25cm COMO MÍNIMO.		
3.6.- INTENSIDAD LUMINOSA HOMOGÉNEA AJUSTABLE EN EL RANGO DE 100,000 A 160,000 LUXES A 1 M DE DISTANCIA DE LA FUENTE.		
3.7.- ENERGÍA DE RADIACIÓN DE 400 W/M2 O MENOR.		
3.8.- MANGO:		
3.8.1.- PLÁSTICO.		
3.8.2.- ESTERILIZABLE.		
3.8.3.- DESMONTABLE DE ENSAMBLE RÁPIDO NO ENROSCABLE.		
3.9.- PANEL DE CONTROL ELECTRÓNICO DE ENCENDIDO, APAGADO, AUMENTO Y DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD LUMINOSA Y SELECTOR DE COLOR.		
3.10.- CABEZAL CERRADO CON SUPERFICIE EXTERNA LISA, SIN BORDES NI TORNILLOS PARA FÁCIL LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.		
4.- BRAZO PORTA LÁMPARA:		
4.1.- ARTICULADO.		
4.2.- GIRO ROTATORIO DE 360°		
4.3.- AJUSTE VERTICAL MÍNIMO DE 100cm Y ABATIBLE A +/- 45°		
5.- SISTEMA DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (UPS).		
5.1.- GRADO MÉDICO, INTEGRADA O INTERCONSTRUIDA CON UN TIEMPO DE RESPALDO DE 4 HORAS COMO MÍNIMO. TIEMPO DE RECARGA DE LAS BATERÍAS DE MENOS DE 6 HORAS.		
6.- CUATRO MANGOS DESMONTABLES Y ESTERILIZABLES, COMPATIBLES CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO OFERTADO.		
7.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUERENTE</b>	<b>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.562.0707	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>LÁMPARA QUIRÚRGICA SENCILLA OBSTÉTRICA DE LED</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>8.- GARANTÍA:</b>	
8.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>9.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
9.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
9.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>10.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN:</b>	
10.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
10.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA E INSTALACION ELECTRICA EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.	
10.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
10.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>11.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
11.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
11.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.1.3-REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
11.2-PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
11.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.2.3- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>12. MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
12.1- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
12.2- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
12.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR GUÍA MECÁNICA, EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL.	
12.4- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARIA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.572.0465				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
LAVADOR DESINFECTOR DE CÓMODOS DE VAPOR AUTOGENERADO						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	7	CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS			DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO			
EQUIPO TIPO GABINETE FIJO PARA EL LAVADO Y DESINFECCIÓN DE CÓMODOS Y ORINALES. LAVADOR DESINFECTOR DE VAPOR AUTOGENERADO.						
1.- LAVADOR Y DESINFECTOR DE VAPOR AUTOGENERADO .						
2.- DESCARGA AL DRENAJE O PISO, DE ACUERTO A LA INSTALACIÓN HIDROSANITARIA DE LA UNIDAD MÉDICA DESTINO.						
3.- GABINETE O MUEBLE DE ACERO INOXIDABLE AISI 304 MONTADO A PISO, SELLADO O CON ZÓCLO.						
4.- CÁMARA DE LAVADO DE ACERO INOXIDABLE AISI 304.						
5.- SISTEMA DE BLOQUEO DE LA PUERTA QUE IMPIDE SU APERTURA DURANTE EL PROCESO DE LAVADO Y DESINFECCIÓN.						
6.- TEMPERATURA DE TRABAJO DE 85°C COMO MÍNIMO .						
7.- PUERTA ABATIBLE CON SELLADO HERMÉTICO.						
8.- DOSIFICADOR DE DETERGENTE AUTOMÁTICO.						
9.- CONTROLADO POR MICROPROCESADOR.						
10.- ENTRADA DE AGUA PARA LAVAR EN FORMA AUTOMÁTICA.						
11.- ENTRADA DE VAPOR PARA DESINFECTAR EN FORMA AUTOMÁTICA.						
11.1.- PANEL DE CONTROL:						
11.2.- BOTÓN DE ENCENDIDO Y APAGADO.						
11.3.- SELECCIÓN MÍNIMO 3 PROGRAMAS DE OPERACIÓN PREDETERMINADOS.						
11.4.- DISPLAY PARA VISUALIZACIÓN DE CICLOS DE OPERACIÓN.						
11.5.- INDICADOR DIGITAL DE LA TEMPERATURA DE FUNCIONAMIENTO.						
11.5.1.- ALARMAS:						
11.5.2.- FALTA DE SUMINISTRO DE AGUA.						
11.5.3.- FIN DE CICLO.						
11.5.4.- PUERTA ABIERTA.						
12.- GENERADOR DE VAPOR INTEGRADO AL EQUIPO .						
12.1.- MANÓMETRO DE PRESIÓN EN EL GENERADOR.						
12.2.- VÁLVULA DE SEGURIDAD EN EL GENERADOR.						
12.3.- PRESIÓN DE 1 A 1.5Kg/cm2 CONSTANTE DE OPERACIÓN A UNA TEMPERATURA DE 100°C						
13.- TRES ASPERSORES INTERNOS MÍNIMO PARA ENJUAGUE Y LAVADO.						
14.- CAPACIDAD DE LAVADO Y DESINFECCIÓN SIMULTANEA PARA UN ORINAL Y UN CÓMODO O TRES ORINALES COMO MÍNIMO.						
15.- REJILLA DESMONTABLE PARA SOPORTE DE CÓMODO Y ORINAL AL INTERIOR DEL TANQUE.						
16.- ACCESORIOS INCLUIDOS:						
16.1.- UN RACK PARA DIEZ CÓMODOS DE ACERO INOXIDABLE AISI 304.						
16.2.- UN RACK PARA DIEZ ORINALES DE ACERO INOXIDABLE AISI 304.						
16.3.- DIEZ CÓMODOS PARA ADULTOS DE ACERO INOXIDABLE AISI 304.						
16.4.- DIEZ ORINALES PARA ADULTOS DE ACERO INOXIDABLE AISI 304.						
16.5.- TRES GALONES JABÓN LIQUIDO DE ACUERDO A ESPECIFICACIÓN DEL FABRICANTE.						
16.- CORRIENTE ELÉCTRICA: DE ACUERDO A LAS INTLACIONES ELECTRICAS DE LA UNIDAD MÉDICA DESTINO.						



<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUERENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.572.0465	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>LAVADOR DESINFECTOR DE CÓMODOS DE VAPOR AUTOGENERADO</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>17.- GARANTÍA:</b>	
17.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>18.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
18.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
18.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>19.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
19.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
19.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACION ELÉCTRICA E HIDROSANITARIA EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.	
19.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
19.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>20.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
20.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
20.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
20.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
20.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
20.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
20.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
20.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
20.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>21.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
21.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
21.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR GUÍA MECÁNICA, EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL.	
21.3.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
21.4.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	
<div><div><div>ELABORÓ</div><div></div><div>L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES</div></div><div><div>AUTORIZÓ</div><div></div><div>DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</div></div></div>	<div>NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE</div>





FICHA TÉCNICA								
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA						
CLAVE		531.572.0507						
NOMBRE GENÉRICO								
LAVADORA ULTRASÓNICA								
ORIGEN DEL RECURSO		PROCESO		PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023		43790		53101		EQUIPO	2	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO ELÉCTRICO PARA EL LAVADO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, CON TÉCNICA ULTRASONICA. PARA INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.		
1.- ULTRAFRECUENCIA DE LIMPIEZA DE 40kHz COMO MÍNIMO.		
2.- FASE QUE ELIMINE EL OXÍGENO DISUELTO EN LA SOLUCIÓN.		
3.- CON CONTROL DE TEMPERATURA Y TIEMPO.		
4.- CON DESPLIEGUE DE TIEMPOS Y TEMPERATURA.		
5.- TIPO SOBREMESA.		
6.- TINA DE ACERO INOXIDABLE.		
7.- CAPACIDAD MÁXIMA DE 20 LITROS.		
8.- CANASTILLA COMPATIBLE CON LAS DIMENSIONES DE LA TINA.		
9.- CON CONTROL DE TIEMPO DIGITAL.		
10.- GABINETE Y PUERTA DE ACERO INOXIDABLE.		
11.- CAPACIDAD DE TOMA DE AGUA O LLENADO MANUAL.		
12.- CON SALIDA A DRENAJE.		
13.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
13.1.- DOS CANASTILLA O RACK PARA INSTRUMENTAL COMPATIBLES CON EL EQUIPO OFERTADO.		
13.2.- EQUIPO DE PROTECCIÓN Y REGULACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA, COMPATIBLES CON EL EQUIPO OFERTADO.		
14.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
14.1.- TRES GALONES DE DETERGENTES ENZIMÁTICOS BAJOS EN ESPUMA.		
15.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
16.- GARANTÍA:	
16.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
17.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
17.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
17.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
18.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
18.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
18.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
18.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.572.0507	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
LAVADORA ULTRASONICA		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>19.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
19.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
19.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
19.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
19.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
19.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
19.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
19.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
19.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>20.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
20.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
20.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
20.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA SAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		PARTIDA:	
CLAVE		S/C		CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO				MARCA:	
LUZ DE PISO DE TERAPIA INFRARROJA, PRODUCTOS DE TERAPIA LED CON LÁMPARA DE CALOR INFRARROJA				MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1
					REGISTRO SANITARIO O DOF:
					CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
LUZ DE PISO DE TERAPIA INFRARROJA, COMO APOYO PARA EL TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR MUSCULAR.		
1.- LÁMPARA DE TERAPIA DE LUZ ROJA.		
2.- LONGITUD DE ONDA DE LUZ ROJA 660 nm E INFRARROJA DE 850 NM.		
3.- POTENCIAS DE 90 W O MAYOR TECNOLOGÍA.		
3.1. BRINDA CALOR CONFORTABLE		
4.- CON SOPORTE CUELLO DE CISNE O MAYOR TECNOLOGÍA.		
5.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
6.- GARANTÍA:	
6.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
7.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
7.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
7.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
8.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
8.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
8.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
8.3.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS (EN CASO DE REQUERIRSE) PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA FÁBRICA.	
8.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
LUZ DE PISO DE TERAPIA INFRARROJA, PRODUCTOS DE TERAPIA LED CON LÁMPARA DE CALOR INFRARROJA		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>9.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
9.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
9.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
9.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
9.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
9.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
9.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
9.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
9.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>10.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
10.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
10.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
10.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		533.622.0925			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
MICROSCOPIO PARA TRABAJO DE RUTINA DE CAMPO CLARO					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO DE LABORATORIO O USO CLÍNICO QUE EMPLEA VARIOS MECANISMOS PARA OBTENER UNA IMAGEN AMPLIADA DE UN OBJETO PEQUEÑO Y ASÍ MOSTRAR LOS DETALLES DE LA ESTRUCTURA QUE DE OTRA FORMA NO SERÍA VISIBLE PARA EL OJO HUMANO, CON LA POSIBILIDAD DE DOCUMENTAR Y MOSTRAR IMÁGENES CON FINES DIDÁCTICOS Y DE INVESTIGACIÓN.		
1.- MICROSCOPIO BÁSICO DE RUTINA QUE AMPLIFICA LA SUPERFICIE DE UNA MUESTRA MEDIANTE LUZ VISIBLE.		
2.- CUERPO DEL MICROSCOPIO ERGONÓMICO Y ESTATIVO METÁLICO.		
3.- TUBO DE OBSERVACIÓN BINOCULAR:		
3.1.- AJUSTE DE DISTANCIA ENTRE PUPILAS DE 55 A 75 MM COMO MÍNIMO.		
3.2.- AJUSTE DIÓPTRICO.		
3.3.- CORRECCIÓN DE ÓPTICA AL INFINITO.		
3.4.- INCLINACIÓN DE 30° Ó 45°.		
3.5.- SISTEMAS DE PRISMAS.		
4.- OCULARES:		
4.1.- 10X CON CAMPO DE OBSERVACIÓN DE 20 MM COMO MÍNIMO.		
4.2.- DE ALTO PUNTO FOCAL PARA USO CON O SIN LENTES.		
4.3.- CAVIDAD PARA INTERCAMBIO DE RETÍCULAS DE MEDICIÓN.		
5.- REVOLVER PORTA OBJETIVOS.		
5.1.- CUÁDRUPLE COMO MÍNIMO.		
5.2.- SISTEMA DE GIRO POR MEDIO DE BALINES.		
6.- OBJETIVOS:		
6.1.- 4X, 10X, 40X, 100X COMO MÍNIMO.		
6.2.- CORRECCIÓN DE ÓPTICA AL INFINITO.		
6.3.- PLAN ACROMÁTICO (CORRECCIÓN DE ABERRACIONES ESFÉRICA Y CROMÁTICA).		
6.4.- IDENTIFICACIÓN DE PARÁMETROS EN CADA OBJETIVO Y CÓDIGO DE COLOR.		
7.- PLATINA:		
7.1.- PINZA SUJETA OBJETOS PARA UNA O DOS LAMINILLAS.		
7.2.- CONTROL DE POSICIONAMIENTO COAXIAL "X Y".		
8.- CONDENSADOR:		
8.1.- APERTURA NUMÉRICA 1.25 COMO MÍNIMO.		
8.2.- TIPO ABBE.		
8.3.- CONTROL DE PORTA CONDENSADOR INTEGRADO CON TORNILLOS DE CENTRAJE.		
9.- SISTEMA DE ENFOQUE COAXIAL:		
9.1.- MACROMÉTRICO.		
9.2.- MICROMÉTRICO.		
10.- SISTEMA DE ILUMINACIÓN:		
10.1.- FUENTE DE ILUMINACIÓN LED.		
10.2.- CORRECCIÓN O BALANCEO DE LUZ DE DÍA (FILTRO AZUL).		
10.3.- ILUMINACIÓN KOEHLER.		
10.4.- DIAFRAGMA DE CAMPO.		
11.- SISTEMA ANTIFÚNGICO EN ÓPTICA.		
12.- ADITAMENTOS PARA TÉCNICA DE POLARIZACIÓN:		
12.1.- ANALIZADOR.		
12.2.- POLARIZADOR.		
13.- ADITAMENTO PARA MICROSCOPIA DE CAMPO OSCURO.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	CLAVE	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
MICROSCOPIO PARA TRABAJO DE RUTINA DE CAMPO CLARO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.		
<b>ESPECIFICACIONES SOLICITADAS</b>		
14.- ADITAMENTO Y CABEZAL PARA OBSERVACIÓN DE DOBLE USUARIO.		
15.- PUNTERO VISIBLE EN OCULAR.		
16.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
16.1.- DOS FRASCOS DE ACEITE DE INMERSIÓN DE 8 ML MÍNIMO, DE LA MISMA MARCA QUE EL MICROSCOPIO.		
16.2.- PAPEL LIMPIA ÓPTICA O PAPEL SEDA 100 HOJAS COMO MÍNIMO.		
17.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
17.1.- FUNDA DE PROTECCIÓN.		
18.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		
<b>DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO</b>		
<b>ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS</b>		
<b>DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS</b>		
19.- GARANTÍA:		
19.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.		
20.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:		
20.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.		
20.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
21.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN:		
21.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.		
21.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).		
21.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
22.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:		
22.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
22.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.		
22.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
22.1.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
22.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
22.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.		
22.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
22.2.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
23.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:		
23.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.		
23.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.		
<div><div>ELABORÓ</div><div>AUTORIZÓ</div><div>L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES</div><div>DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</div></div>		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.619.0403				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
MONITOR DE SIGNOS VITALES BÁSICO (A PARED)						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	37	CERTIFICADOS DE CALIDAD:
						REFERENCIA EN MANUAL Y/O

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE DESPLIEGA EN PANTALLA: ELECTROCARDIOGRAMA, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PRESIÓN NO INVASIVA Y OXIMETRÍA DE PULSO.		
1.- MONITOR CONFIGURADO O MODULAR CON PANTALLA DE 12 PULGADAS COMO MÍNIMO.		
2.- PANTALLA POLICROMÁTICA (COLOR): TECNOLOGÍA LCD DE MATRIZ ACTIVA O TFT.		
3.- TECLADO ERGONOMICO.		
4.- SALIDA ANALÓGICA DE ECG O SINCRONÍA PARA DESFIBRILACIÓN.		
5.- DETECCIÓN DE MARCAPASOS.		
6.- PROTECCIÓN CONTRA DESCARGA DE DESFIBRILADOR.		
7.- DESPLIEGUE NUMÉRICO EN PANTALLA DE:		
7.1.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.		
7.2.- PRESIÓN NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIÁSTOLICA Y MEDIA).		
7.3.- TEMPERATURA		
7.4.- FRECUENCIA CARDIACA.		
7.5.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
8.- DESPLIEGUE DE CURVAS EN PANTALLA DE:		
8.1.- AL MENOS 7 CURVAS FISIOLÓGICAS SIMULTÁNEAS, LAS CUALES DEBERÁ DESCRIBIR EN LA OFERTA TÉCNICA.		
8.2.- ECG, QUE PERMITA EL DESPLIEGUE SIMULTÁNEO DE AL MENOS 5 CURVAS, A ELEGIR DE ENTRE 7 DERIVACIONES O MÁS. CON ANÁLISIS DEL SEGMENTO ST EN TODAS LAS DERIVADAS.		
8.3.- PLETISMOGRAFÍA.		
8.4.- RESPIRACIÓN.		
9.- ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES:		
9.1.- CON SILENCIADOR DE ALARMAS.		
9.2.- ALARMAS AUDIBLES PRIORIZADAS EN AL MENOS TRES NIVELES.		
9.3.- CON FUNCIÓN QUE PERMITA REVISAR Y MODIFICAR LOS LÍMITES SUPERIOR E INFERIOR DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:		
9.3.1.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.		
9.3.2.- FRECUENCIA CARDIACA		
9.3.3.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIÁSTOLICA, MEDIA).		
9.3.4.- TEMPERATURA.		
9.3.5.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
9.4.- ALARMA DE APNEA.		
9.5.- ALARMAS DEL SISTEMA QUE INDIQUE EL ESTADO DE FUNCIONAMIENTO DEL MONITOR.		
10.- TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS DE 72 HORAS COMO MÍNIMO DE TODOS LOS PARÁMETROS, SELECCIONABLES POR EL USUARIO.		
11.- DETECCIÓN DE ARRITMIAS BÁSICAS QUE CUMPLA CON AL MENOS DOS DE LAS SIGUIENTES: TAQUICARDIA VENTRICULAR, ASISTOLIA Y FIBRILACIÓN VENTRICULAR.		
12.- MODOS PARA LA TOMA DE PRESIÓN: MANUAL Y AUTOMÁTICA A DIFERENTES INTERVALOS DE TIEMPO.		
13.- CON BATERÍA INTERNA RECARGABLE CON DURACIÓN DE AL MENOS TRES HORA, CON CARGADOR INTERCONSTRUIDO AL MONITOR E INDICADOR DE BAJO NIVEL EN PANTALLA.		
14.- MENÚS Y MENSAJES EN PANTALLA Y SOFTWARE DE OPERACIÓN DEBEN DE SER EN IDIOMA ESPAÑOL.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.619.0403	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
MONITOR DE SIGNOS VITALES BÁSICO (A PARED)		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
15.- SOFTWARE QUE CUBRA USO PARA PACIENTES DESDE NEONATO HASTA ADULTO.		REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁTALOGO, ETC.
16.- BASE MONTABLE A PARED CON CANASTILLA PARA COLORCAR LOS ACCESORIOS, COMPATIBLE Y DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO.		
17.- IMPRESORA TÉRMICA INTERCONSTRUIDA AL MONITOR DE AL MENOS TRES CANALES.		
18.- CON CAPACIDAD PARA CONECTARSE A RED DE MONITOREO.		
19.- 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.		
20.- CAPACIDAD A FUTURO DE INTERFACE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA MEDIANTE PROTOCOLO HL7 DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DEL FABRICANTE.		
21.- CAPACIDAD A FUTURO DE MEDICIÓN Y VISUALIZACIÓN DE CAPNOGRAFÍA Y GASTO CARDIACO.		
22.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA ADULTO PEDIÁTRICO:		
22.1.- UN CABLE TRONCAL Y DOS SENSORES TIPO DEDAL REUSABLES PARA OXIMETRÍA DE PULSO.		
22.2.- UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).		
22.3.- BRAZALETE REUSABLE PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA, UNO ADULTO Y UNO PEDIÁTRICO, UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.		
22.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE AL MENOS CINCO PUNTAS.		
23.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA NEONATOS:		
23.1.- UN CABLE TRONCAL Y DOS SENSORES MULTISITIO REUSABLE PARA OXIMETRÍA DE PULSO.		
23.2.- UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).		
23.3.- 20 BRAZALETES DESECHABLES PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA NEONATAL EN DOS MEDIDAS DIFERENTES (10 PIEZAS DE CADA MEDIDA), UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.		
23.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE TRES PUNTAS.		
24.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
24.1.- 300 ELECTRODOS PARA ECG ADULTO / PEDIÁTRICO.		
24.2.- 100 ELECTRODOS PARA ECG NEONATALES.		
24.3.- DIEZ ROLLOS DE PAPEL PARA LA IMPRESORA TERMICA DEL EQUIPO OFERTADO.		
25.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
26.- GARANTÍA:		
26.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUIRENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.619.0403	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
MONITOR DE SIGNOS VITALES BÁSICO (A PARED)		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>27.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
27.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
27.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>28.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
28.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO (A PARED) DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
28.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
28.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>29.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
29.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
29.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
29.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
29.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>30.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
30.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
30.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.619.0403				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
MONITOR DE SIGNOS VITALES BÁSICO (DE PEDESTAL)						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	34	CERTIFICADOS DE CALIDAD:
						REFERENCIA EN MANUAL Y/O

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE DESPLIEGA EN PANTALLA: ELECTROCARDIOGRAMA, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PRESIÓN NO INVASIVA Y OXIMETRÍA DE PULSO.		
1.- MONITOR CONFIGURADO O MODULAR CON PANTALLA DE 12 PULGADAS COMO MÍNIMO.		
2.- PANTALLA POLICROMÁTICA (COLOR): TECNOLOGÍA LCD DE MATRIZ ACTIVA O TFT.		
3.- TECLADO ERGONOMICO.		
4.- SALIDA ANALÓGICA DE ECG O SINCRONÍA PARA DESFIBRILACIÓN.		
5.- DETECCIÓN DE MARCAPASOS.		
6.- PROTECCIÓN CONTRA DESCARGA DE DESFIBRILADOR.		
7.- DESPLIEGUE NUMÉRICO EN PANTALLA DE:		
7.1.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
7.2.- FRECUENCIA CARDIACA.		
7.3.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.		
7.4.- PRESIÓN NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIÁSTOLICA Y MEDIA).		
7.5.- TEMPERATURA		
8.- DESPLIEGUE DE CURVAS EN PANTALLA DE:		
8.1.- AL MENOS 7 CURVAS FISIOLÓGICAS SIMULTÁNEAS, LAS CUALES DEBERÁ DESCRIBIR EN LA OFERTA TÉCNICA.		
8.2.- ECG, QUE PERMITA EL DESPLIEGUE SIMULTÁNEO DE AL MENOS 5 CURVAS, A ELEGIR DE ENTRE 7 DERIVACIONES O MÁS. CON ANALISIS DEL SEGMENTO ST EN TODAS LAS DERIVADAS.		
8.3.- RESPIRACIÓN.		
8.4.- PLETISMOGRAFÍA.		
9.- ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES:		
9.1.- CON SILENCIADOR DE ALARMAS.		
9.2.- ALARMAS AUDIBLES PRIORIZADAS EN AL MENOS TRES NIVELES.		
9.3.- CON FUNCIÓN QUE PERMITA REVISAR Y MODIFICAR LOS LÍMITES SUPERIOR E INFERIOR DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:		
9.3.1.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.		
9.3.2.- FRECUENCIA CARDIACA		
9.3.3.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIÁSTOLICA, MEDIA).		
9.3.4.- TEMPERATURA.		
9.3.5.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
9.4.- ALARMA DE APNEA.		
9.5.- ALARMAS DEL SISTEMA QUE INDIQUE EL ESTADO DE FUNCIONAMIENTO DEL MONITOR.		
10.- TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS DE 72 HORAS COMO MÍNIMO DE TODOS LOS PARÁMETROS, SELECCIONABLES POR EL USUARIO.		
11.- MODOS PARA LA TOMA DE PRESIÓN: MANUAL Y AUTOMÁTICA A DIFERENTES INTERVALOS DE TIEMPO.		
12.- DETECCIÓN DE ARRITMIAS BÁSICAS QUE CUMPLA CON AL MENOS DOS DE LAS SIGUIENTES: TAQUICARDIA VENTRICULAR, ASISTOLIA Y FIBRILACIÓN VENTRICULAR.		
13.- CON BATERÍA INTERNA RECARGABLE CON DURACIÓN DE AL MENOS TRES HORA, CON CARGADOR INTERCONSTRUIDO AL MONITOR E INDICADOR DE BAJO NIVEL EN PANTALLA.		
14.- MENÚS Y MENSAJES EN PANTALLA Y SOFTWARE DE OPERACIÓN DEBEN DE SER EN IDIOMA ESPAÑOL.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.619.0403	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
MONITOR DE SIGNOS VITALES BÁSICO (DE PEDESTAL)		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
15.- SOFTWARE QUE CUBRA USO PARA PACIENTES DESDE NEONATO HASTA ADULTO.		REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
16.- BASE DE PEDESTAL, CON CANASTILLA PARA COLORCAR LOS ACCESORIOS, COMPATIBLE Y DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO.		
17.- IMPRESORA TÉRMICA INTERCONSTRUIDA AL MONITOR DE AL MENOS TRES CANALES.		
18.- CON CAPACIDAD PARA CONECTARSE A RED DE MONITOREO.		
19.- CAPACIDAD A FUTURO DE INTERFACE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA MEDIANTE PROTOCOLO HL7 DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DEL FABRICANTE.		
20.- 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.		
21.- CAPACIDAD A FUTURO DE MEDICIÓN Y VISUALIZACIÓN DE CAPNOGRAFÍA Y GASTO CARDIACO.		
22.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA ADULTO PEDIÁTRICO:		
22.1.- UN CABLE TRONCAL Y DOS SENSORES TIPO DEDAL REUSABLES PARA OXIMETRÍA DE PULSO.		
22.2.- UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).		
22.3.- BRAZALETE REUSABLE PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA, UNO ADULTO Y UNO PEDIÁTRICO, UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.		
22.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE AL MENOS CINCO PUNTAS.		
23.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA NEONATOS:		
23.1.- UN CABLE TRONCAL Y DOS SENSORES MULTISITIO REUSABLE PARA OXIMETRÍA DE PULSO.		
23.2.- UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).		
23.3.- 20 BRAZALETES DESECHABLES PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA NEONATAL EN DOS MEDIDAS DIFERENTES (10 PIEZAS DE CADA MEDIDA), UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.		
23.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE TRES PUNTAS.		
24.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
24.1.- 300 ELECTRODOS PARA ECG ADULTO / PEDIÁTRICO.		
24.2.- 100 ELECTRODOS PARA ECG NEONATALES.		
24.3.- DIEZ ROLLOS DE PAPEL PARA LA IMPRESORA TÉRMICA DEL EQUIPO OFERTADO.		
25.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
26.- GARANTÍA:		
26.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.619.0403	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
MONITOR DE SIGNOS VITALES BÁSICO (DE PEDESTAL)		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>27.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
27.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
27.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>28.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
28.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
28.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
28.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>29.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
29.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
29.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
29.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
29.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>30.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
30.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
30.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.619.0411				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
MONITOR DE SIGNOS VITALES PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	12	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

REFERENCIA EN MANUAL Y/O  
CATÁLOGO, ETC.

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
EQUIPO QUE DETECTA, MIDE Y DESPLIEGA EN PANTALLA, DE FORMA CONTINUA MÚLTIPLES PARÁMETROS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS A UN SOLO PACIENTE: ELECTROCARDIOGRAMA, FRECUENCIA CARDÍACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PRESIÓN NO INVASIVA Y OXIMETRÍA DE PULSO.	
1.- MONITOR CONFIGURADO O MODULAR CON PANTALLA DE 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.	
2.- PANTALLA POLICROMÁTICA (COLOR): TECNOLOGÍA LCD DE MATRIZ ACTIVA O TFT.	
3.- SALIDA ANALÓGICA DE ECG O SINCRONÍA PARA DESFIBRILACIÓN.	
4.- PROTECCIÓN CONTRA DESCARGA DE DESFIBRILADOR.	
5.- DETECCIÓN DE MARCAPASOS.	
6.- DESPLIEGUE NUMÉRICO EN PANTALLA DE:	
6.1.- FRECUENCIA CARDÍACA.	
6.2.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.	
6.3.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.	
6.4.- TEMPERATURA.	
6.5.- PRESIÓN NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIÁSTOLICA Y MEDIA).	
7.- DESPLIEGUE DE CURVAS EN PANTALLA:	
7.1.- ECG, QUE PERMITA EL DESPLIEGUE SIMULTÁNEO DE AL MENOS 5 CURVAS, A ELEGIR DE ENTRE 7 DERIVACIONES O MÁS. CON ANÁLISIS DEL SEGMENTO ST EN TODAS LAS DERIVADAS.	
7.2.- AL MENOS 4 CURVAS FISIOLÓGICAS SIMULTÁNEAS, LAS CUALES DEBERÁ DESCRIBIR EN LA OFERTA TÉCNICA.	
7.3.- PLETISMOGRAFÍA.	
7.4.- RESPIRACIÓN.	
8.- MODOS PARA LA TOMA DE PRESIÓN: MANUAL Y AUTOMÁTICA A DIFERENTES INTERVALOS DE TIEMPO.	
9.- ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES PRIORIZADAS EN AL MENOS TRES NIVELES, DE:	
9.1.- ALARMAS DEL SISTEMA QUE INDIQUEN EL ESTADO DE FUNCIONAMIENTO DEL MONITOR.	
9.2.- TEMPERATURA.	
9.3.- FRECUENCIA CARDÍACA.	
9.4.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIÁSTOLICA).	
9.5.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.	
9.6.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.	
9.7.- ALARMA DE APNEA	
9.8.- CON SILENCIADOR DE ALARMAS.	
10.- TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS DE 72 HORAS COMO MÍNIMO DE TODOS LOS PARÁMETROS, SELECCIONABLES POR EL USUARIO.	
11.- SOFTWARE QUE CUBRA USO DESDE NEONATO HASTA ADULTO.	
12.- CON BATERÍA INTERNA RECARGABLE CON DURACIÓN DE AL MENOS 4 HORAS, CON CARGADOR INTERCONSTRUIDO AL MONITOR E INDICADOR DE BAJO NIVEL EN PANTALLA.	
13.- INTERFAZ, MENÚS Y MENSAJES EN ESPAÑOL.	
14.- IMPRESORA TÉRMICA INTERCONSTRUIDA AL MONITOR DE AL MENOS DOS CANALES	
15.- PESO TOTAL DE EQUIPO DE 5 KG O MENOR, INCLUYENDO LA BATERÍA.	
16.- CON ASA INTERCONSTRUIDA AL EQUIPO EN FORMA DE GANCHO PARA MONTAJE EN CAMILLA.	
17.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA ADULTO PEDIÁTRICO:	
17.1.- UN CABLE TRONCAL Y DOS SENSORES TIPO DEDAL REUSABLES PARA OXIMETRÍA DE PULSO.	
17.2.- UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).	
17.3.- BRAZALETE REUSABLE PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA, UNO ADULTO Y UNO PEDIÁTRICO, UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.	
17.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE AL MENOS TRES PUNTAS.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.619.0411	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
MONITOR DE SIGNOS VITALES PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
<b>18.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA NEONATOS:</b>		
18.1.- UN CABLE TRONCAL Y UN SENSOR MULTISITIO REUSABLE PARA OXIMETRÍA DE PULSO.		
18.2.- UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).		
18.3.- 20 BRAZALETES DESECHABLES PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA NEONATAL EN DOS MEDIDAS DIFERENTES (10 PIEZAS DE CADA MEDIDA), UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.		
18.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE TRES PUNTAS.		
<b>19.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:</b>		
19.1.- 300 ELECTRODOS PARA ECG ADULTO / PEDIÁTRICO.		
19.2.- 100 ELECTRODOS PARA ECG NEONATALES.		
19.3.- DIEZ ROLLOS DE PAPEL PARA LA IMPRESORA TÉRMICA DEL EQUIPO OFERTADO.		
20.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>21.- GARANTÍA:</b>	
21.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>22.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
22.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
22.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>23.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
23.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
23.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
23.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>24.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
24.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
24.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
24.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
24.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
24.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
24.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTE.	
24.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
24.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>25.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
25.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
25.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		531.619.0403			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
MONITOR DE SIGNOS VITALES INTERMEDIO (DE PEDESTAL)					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	7	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE DETECTA, MIDE Y DESPLIEGA EN PANTALLA, DE FORMA CONTINUA MÚLTIPLES PARÁMETROS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS A UN SOLO PACIENTE: ELECTROCARDIOGRAMA, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PRESIÓN NO INVASIVA, OXIMETRÍA DE PULSO, CAPNOGRAFÍA, CON OPCIÓN DE MEDIR PRESIÓN INVASIVA.		
1.- MONITOR CONFIGURADO O MODULAR CON PANTALLA DE 12 PULGADAS COMO MÍNIMO.		
2.- PANTALLA POLICROMÁTICA (COLOR): TECNOLOGÍA LCD DE MATRIZ ACTIVA O TFT.		
3.- SALIDA ANALÓGICA DE ECG O SINCRONÍA PARA DESFIBRILACIÓN.		
4.- PROTECCIÓN CONTRA DESCARGA DE DESFIBRILADOR.		
5.- DETECCIÓN DE MARCAPASOS.		
6.- DESPLIEGUE NUMÉRICO EN PANTALLA DE:		
6.1.- TEMPERATURA.		
6.2.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.		
6.3.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
6.4.- PRESIÓN NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIASTÓLICA Y MEDIA).		
6.5.- FRECUENCIA CARDIACA.		
7.- DESPLIEGUE DE CURVAS EN PANTALLA DE:		
7.1.- AL MENOS 7 CURVAS FISIOLÓGICAS SIMULTÁNEAS, LAS CUALES DEBERÁ DESCRIBIR EN LA OFERTA TÉCNICA.		
7.2.- PLETISMOGRAFÍA.		
7.3.- RESPIRACIÓN.		
7.4.- ECG, QUE PERMITA EL DESPLIEGUE SIMULTÁNEO DE AL MENOS 5 CURVAS A ELEGIR DE ENTRE 7 DERIVACIONES O MÁS, CON ANÁLISIS DEL SEGMENTO ST EN TODAS LAS DERIVACIONES.		
8.- CAPNOGRAFÍA:		
8.1.- POR MEDIO DE MAINSTREAM O SIDESTREAM O MICROSTREAM.		
8.2.- DESPLIEGUE DE CURVA Y VALOR NUMÉRICO.		
9.- 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:		
9.1.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIASTÓLICA, MEDIA).		
9.2.- TEMPERATURA.		
9.3.- SATURACIÓN DE OXÍGENO.		
9.4.- ALARMA DE APNEA.		
9.5.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
9.6.- FRECUENCIA CARDIACA.		
9.7.- ALARMAS ALTA Y BAJA DE CO2.		
9.8.- ALARMAS DEL SISTEMA QUE INDIQUEN EL ESTADO DE FUNCIONAMIENTO DEL MONITOR.		
9.9.- CON SILENCIADOR DE ALARMAS.		
10.- DETECCIÓN DE ARRITMIAS BÁSICAS QUE CUMPLA CON AL MENOS DOS DE LAS SIGUIENTES: TAQUICARDIA VENTRICULAR, ASISTOLIA Y FIBRILACIÓN VENTRICULAR.		
11.- MODOS PARA LA TOMA DE PRESIÓN: MANUAL Y AUTOMÁTICA A DIFERENTES INTERVALOS DE TIEMPO.		
12.- TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS DE 72 HORAS COMO MÍNIMO DE TODOS LOS PARÁMETROS, SELECCIONABLES POR EL USUARIO.		
13.- INTERFACE, MENÚES, MENSAJES EN ESPAÑOL.		
14.- QUE CUBRA USO DESDE NEONATO HASTA ADULTO.		
15.- IMPRESORA TÉRMICA INTERCONSTRUIDA AL MONITOR DE AL MENOS 3 CANALES.		



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA 531.619.0403	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
MONITOR DE SIGNOS VITALES INTERMEDIO (PEDESTAL)		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
16.- CON BATERÍA INTERNA RECARGABLE CON DURACIÓN DE AL MENOS TRES HORAS, CON CARGADOR INTERCONSTRUIDO E INDICADOR DE BAJO NIVEL EN PANTALLA.		
17.- CON CAPACIDAD PARA CONECTARSE A RED DE MONITOREO.		
18.- CAPACIDAD A FUTURO DE INTERFACE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA MEDIANTE PROTOCOLO HL7 DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DEL FABRICANTE.		
19.- 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.		
20.- MONITOR CON TECLADO ERGONOMICO.		
21.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA ADULTO PEDIÁTRICO:		
21.1.- UN CABLE TRONCAL Y DOS SENSORES TIPO DEDAL REUSABLES PARA OXIMETRÍA DE PULSO.		
21.2.- UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).		
21.3.- BRAZALETE REUSABLE PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA, UNO ADULTO Y UNO PEDIÁTRICO, UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.		
21.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE AL MENOS CINCO PUNTAS.		
22.- ACCESORIOS INCLUIDOS PARA NEONATOS:		
22.1.- UN CABLE TRONCAL Y DOS SENSOR MULTISITIO REUSABLE PARA OXIMETRÍA DE PULSO.		
22.2. UN SENSOR REUSABLE DE TEMPERATURA (DE PIEL O SUPERFICIE).		
22.3.- 20 BRAZALETES DESECHABLES PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN NO INVASIVA NEONATAL EN DOS MEDIDAS DIFERENTES (10 PIEZAS DE CADA MEDIDA), UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA LOS BRAZALETES.		
22.4.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE TRES PUNTAS.		
23.- BASE RODABLE COMPATIBLE Y DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO, CON CANASTILLA PARA LOS ACCESORIOS Y SISTEMA DE FRENOS EN ALMENOS DOS RUEDAS COMO MÍNIMO.		
24.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
24.1.- DEBE INCLUIR PARA MAINSTREAM: SENSOR REUSABLE Y CABLE, ADAPTADOR DE VÍAS AÉREAS REUSABLE Y 20 ADAPTADORES DE VÍAS AÉREAS DESECHABLES.		
24.2.- DEBE INCLUIR PARA SIDESTREAM: 10 TRAMPAS DE AGUA (EN CASO DE REQUERIRSE), 20 LÍNEAS DE MUESTRA Y 10 ADAPTADORES ENDOTRAQUEALES.		
24.3.- DEBE INCLUIR PARA MICROSTREAM: 20 LÍNEAS DE MUESTRA Y 10 ADAPTADORES ENDOTRAQUEALES.		
24.4.- CONSUMIBLES INCLUIDOS NEONATAL: ADAPTADOR DE VÍAS AÉREAS NEONATAL REUSABLE Y 20 DESECHABLES.		
24.5.- 300 ELECTRODOS PARA ECG ADULTO / PEDIÁTRICO.		
24.6.- 100 ELECTRODOS PARA ECG NEONATALES.		
24.7.- DIEZ ROLLOS DE PAPEL PARA LA IMPRESORA TERMICA DEL EQUIPO OFERTADO.		
25.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUIRENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.619.0403	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
MONITOR DE SIGNOS VITALES INTERMEDIO (PEDESTAL)		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>26.- GARANTÍA:</b>	
26.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>27.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
27.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
27.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>28.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
28.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
28.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
28.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>29.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
29.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
29.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
29.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
29.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
29.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
29.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>30.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
30.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
30.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENGLÓN 39

Hoja 1 de 2

FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUINENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		S/C			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
MONITOR DE RELAJACIÓN MUSCULAR					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS				DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO		REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
1.- MONITOR DE RELAJACIÓN NEUROMUSCULAR QUE PERMITE MONITORIZAR EL NIVEL DE RELAJACIÓN MUSCULAR DE UN PACIENTE EN EL QUIRÓFANO, EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA O EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.						
2.- PANTALLA LCD A COLOR PARA VISUALIZACIÓN.						
3.- PERILLA SELECTORA.						
4.- ENTRADA DE CABLE ELECTRODO/SENSOR.						
5.- QUE PERMITA REALIZAR 5 MODOS DIFERENTES DE ESTIMULACIÓN.						
5.1.- MODO TOF.						
5.2.- MODO TET.						
5.3.- MODO DBS.						
5.4.- MODO PTC.						
5.5.- MODO ST.						
6.- QUE PERMITA AJUSTAR LA INTENSIDAD DE LA CORRIENTE DE ESTIMULACIÓN.						
7.- ALARMA SONORA DURANTE LA ACTIVACIÓN O DESACTIVACIÓN DE SEÑALES SONORAS DURANTE LAS MEDIDAS, LAS SELECCIONADAS EFECTUADAS Y LAS ESTIMULACIONES ELÉCTRICAS.						
8.- CON INDICADOR DE BATERÍA.						
9.- CON INDICADOR DE NIVEL DE IMPEDANCIA CON LOS ELECTRODOS AL HACER CONTACTO CON LA PIEL.						
10.- CONTROLADO POR MICROPROCESADOR.						
11.- ALIMENTACIÓN POR BATERÍA DE ION-LITIO 290 mAh 3.7 V.						
12.- DIMENSIONES APROXIMADAS 60 MM X 150 MM X 55 MM.						
13.- ACCESORIOS INCLUIDOS:						
13.1.- SENSOR ACELERÓMETRO DE TIPO PULGAR CON ELECTRODOS DE ESTIMULACIÓN.						
13.2.- CABLE DE CONEXIÓN AL MONITOR PARA EL SENSOR DE TIPO PULGAR DE 3 METROS DE LONGITUD.						
13.3.- CABLE SENSOR DE TIPO PULGAR CON PIZAS ELECTRODO DE 3 METROS DE LONGITUD.						
13.4.- CABLE SENSNSOR DE TIPO CEJA DE 3 METROS DE LONGITUD.						
13.5.- CABLE SENSOR DE TIPO DEDO DEL PIE DE 3 METROS DE LONGITUD.						
13.6.- CABLE SENSOR DE TIPO PULGAR PARA USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PIZAS ELECTRODO DE 3 METROS DE LONGITUD.						
13.7.- CABLE SENSOR DE TIPO PULGAR PARA USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PEQUEÑOS CON PIZAS ELECTRODO DE 3 METROS DE LONGITUD.						
13.8.- AUTOADHESIVO DOBLE CARA PARA SENSOR DE CEJA.						
13.9.- CARGADOR EXTERNO DE ACUERDO A TECNOLOGIA OFERTADA Y PARA CONEXIÓN ELECTRICA A 120V +/-10% 60Hz						
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS				DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS		
14.- GARANTÍA:						
14.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.						

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
MONITOR DE RELAJACIÓN MUSCULAR		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>15.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
15.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
15.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
15.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
15.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
15.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>16.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
16.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
16.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
16.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



# RENGLÓN 40

Hoja 1 de 2

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.641.0082			
NOMBRE GENÉRICO					
NEBULIZADOR CON DOSIFICADOR DE OXÍGENO					
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	11
CERTIFICADOS DE CALIDAD:					

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO ELÉCTRICO Y NEUMÁTICO, QUE GENERA PARTÍCULAS DE VAPOR PARA PROPORCIONAR AIRE, EN CONDICIONES DE HUMEDAD, TEMPERATURA Y OXÍGENO CONTROLADO.		
1.- NEBULIZADOR DE RESERVORIO REUTILIZABLE Y DESARMABLE EN TODAS SUS PARTES.		
2.- CON CAPACIDAD PARA SUMINISTRAR HUMEDAD Y AEROSOLTERAPIA.		
3.- CABEZA Y SISTEMA DE NEBULIZACIÓN.		
4.- TAMAÑO DE PARTÍCULAS.		
5.- VÁLVULA DE SEGURIDAD PARA SOBRECALENTAMIENTO.		
6.- CONECTOR NEUMÁTICO UNIVERSAL DE ACUERDO A DISS PARA OXÍGENO MANGUERA DE ALTA PRESIÓN.		
7.- PERMITIR AJUSTE DE FIO <sub>2</sub> DEL 28 AL 98 % MÍNIMO.		
8.- ORIFICIO CON TAPA PARA LLENADO DE LA JARRA.		
9.- FILTRO.		
10.- FLUJO NOMINAL.		
11.- JARRA TRANSPARENTE BASE DISCO CON ROSCA PARA SUJETAR LA PLACA Y EL EMPAQUE CAPACIDAD EN ml MARCAS DE LLENADO.		
12.- SISTEMA TÉRMICO DE PLACA EXTERNA:		
12.1.- 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.		
13.- FUSIBLE TÉRMICO PARA EVITAR EL SOBRECALENTAMIENTO.		
14.- INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO ILUMINADO.		
15.- CABLE PARA CONECTAR A LA CORRIENTE ALTERNA, CON CLIPS PARA SUJETARSE A LA JARRA CON AJUSTE.		
16.- MANGUERA FLEXIBLE		
17.- CONECTORES PARA LA SALIDA DEL NEBULIZADOR Y LA ENTRADA DE LA TIENDA FACIAL.		
18.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
18.3.- SEIS TIENDAS FACIALES CON SUJETADOR (SIN REBABAS O PARTES PUNTIAGUDAS) AJUSTABLE A LA CABEZA DEL PACIENTE, EN TRES DIFERENTES TAMAÑOS (DOS POR CADA TAMAÑO).		
19.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
19.1.- TRES EMPAQUES PARA LA BASE DE LA JARRA. COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
19.2.- TRES TUBOS CORRUGADOS REUTILIZABLES, COMPATIBLES CON EL EQUIPO OFERTADO.		
20.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/-10% 60Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
21.- GARANTÍA:	
21.1 GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
22.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
22.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUERENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.641.0082	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>NEBULIZADOR CON DOSIFICADOR DE OXÍGENO</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
22.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>23.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
23.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
23.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
23.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>24.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
24.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
24.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
24.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
24.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
24.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
24.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
24.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
24.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>25.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
25.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
25.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ  
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ  
DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.667.0081				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
OXÍMETRO DE PULSO DE MESA						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	25	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO NO INVASIVO PARA MONITORIZAR LA SATURACIÓN DE OXÍGENO DE LA HEMOGLOBINA ARTERIAL (SPO2) EXPRESADA COMO PORCENTAJE, ASÍ COMO LA FRECUENCIA DEL PULSO (Fp O Fc) CON FINES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. CON TECNOLOGÍA DIGITAL QUE PERMITE MEDICIONES EN PACIENTES CON CAMBIO DE POSTURA O CON BAJA PERFUSIÓN.		
1.- OXÍMETRO DE PULSO DE MESA CON CURVA DE PLETISMOGRAFÍA PARA APLICACIÓN EN PACIENTES: ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL.		
2.- EQUIPO DE MESA CON PESO ENTRE 1 A 3 KG., NO INVASIVO, PARA MONITORIZAR LA SATURACIÓN DE OXÍGENO (SPO2), ASÍ COMO LA FORMA DE ONDA PLETISMOGRÁFICA Y LA FRECUENCIA DE PULSO (Fp O Fc).		
2.1.- CON SISTEMA DE DETECCIÓN DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CRÍTICAS (CCHD) MEDIANTE OXIMETRÍA DE PULSO.		
3.- CON CAPACIDAD DE MONITORIZAR EN BAJA PERFUSIÓN Y EN MOVIMIENTO.		
4.- PANTALLA LCD, LED O MAYOR TECNOLOGÍA.		
5.- TECLADO DIGITAL DE MEMBRANA CON SIMBOLOGÍA INTERNACIONAL O EN ESPAÑOL.		
6.- DESPLIEGUE DIGITAL DE VISUALIZACIÓN SIMULTÁNEA DE:		
6.1.- SPO2 EN PORCENTAJE.		
6.2.- Fp O Fc DE 30 A 240 PULSOS POR MINUTO, COMO MÍNIMO.		
6.3.- BARRA Y/O VALOR NUMÉRICO DE PERFUSIÓN Y/O PULSO.		
6.4.- DE CURVA PLETISMOGRÁFICA.		
6.5.- ALARMAS Y MENSAJES DE ERROR.		
7.- CON TENDENCIAS DE 72 HORAS COMO MÍNIMO.		
8.- PRECISIÓN DE LA SEÑAL DE SPO2:		
8.1.- RANGO BAJO MÍNIMO DE 60 A 80 +/- 3%		
8.2.- RANGO ALTO MÍNIMO DE 70 A 100 +/- 3%.		
9.- PROMEDIACIÓN (TIEMPO DE MUESTREO) DE SPO2:		
9.1.- DENTRO DEL RANGO DE 2 A 16 SEGUNDOS COMO MÁXIMO.		
10.- ALARMAS:		
10.1.- AUDIBLES Y VISUALES: ALTA/BAJA SPO2, Fc O Fp, BATERÍA BAJA, SENSOR DESCONECTADO O EN MAL ESTADO, MENSAJES DE ERROR.		
10.2.- CON SILENCIADOR DE ALARMAS DE AL MENOS DOS MINUTOS.		
11.- CON CONTROL PARA AJUSTE DEL VOLUMEN DE PULSO		
12.- SOFTWARE EN ESPAÑOL CON CAPACIDAD DE ACTUALIZACIÓN.		
13.- QUE REALICE AUTOPRUEBA DE FUNCIONAMIENTO.		
14.- SOFTWARE PACIENTES: ADULTO, PEDIÁTRICO, INFANTIL Y/O NEONATAL.		
15.- CAPACIDAD DE EXPORTAR DATOS A EQUIPO EXTERNO.		
16.- CON CONTROL PARA AJUSTE DEL VOLUMEN DE PULSO		
17.- PRECISIÓN DE LA SEÑAL Fp O Fc A BAJA PERFUSIÓN DE +/- 3 LATIDOS O +/- 3%		
18.- BATERÍA INTERNA RECARGABLE DE 5 HORAS DE OPERACIÓN COMO MÍNIMO Y CARGADOR INTERCONSTRUIDO CON TIEMPO DE CARGA 4 HORAS AL 100% COMO MÍNIMO.		
19.- CON ALMACENAMIENTO DE DATOS.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUIRENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.667.0081	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
OXÍMETRO DE PULSO DE MESA		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
20.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
20.1.- DOS SENSORES DEDAL REUSABLE PARA PACIENTE ADULTO/PEDIÁTRICO		
20.2.-DOS SENSORES MULTISITIO REUSABLE PARA PACIENTE NEONATAL.		
20.3.- DOS CABLES TRONCALES		
21.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
22.- GARANTÍA:	
22.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
23.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
23.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGIA OFERTADA.	
23.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
24.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
24.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
24.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
24.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
25.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
25.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
25.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
25.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
25.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
25.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
25.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
25.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
25.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
26.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
26.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
26.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
OXÍMETRO DE PULSO PARA TAMIZ NEONATAL						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO NO INVASIVO PARA MONITORIZAR LA SATURACIÓN DE OXÍGENO DE LA HEMOGLOBINA ARTERIAL (SPO2) EXPRESADA COMO PORCENTAJE, ASÍ COMO LA FRECUENCIA DEL PULSO (Fp O Fc) CON FINES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. CON TECNOLOGÍA DIGITAL QUE PERMITE MEDICIONES EN PACIENTES CON CAMBIO DE POSTURA O CON BAJA PERFUSIÓN.		
1.- OXÍMETRO DE PULSO DE MESA CON CURVA DE PLETISMOGRAFÍA PARA APLICACIÓN EN PACIENTES: ADULTO, PEDIATRICO Y NEONATAL.		
2.- EQUIPO DE MESA CON PESO ENTRE 1 A 3 KG., NO INVASIVO, PARA MONITORIZAR LA SATURACIÓN DE OXÍGENO (SPO2), ASÍ COMO LA FORMA DE ONDA PLETISMOGRÁFICA Y LA FRECUENCIA DE PULSO (Fp O Fc).		
2.1.- CON SISTEMA DE DETECCIÓN DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CRÍTICAS (CCHD) MEDIANTE OXIMETRÍA DE PULSO.		
3.- CON CAPACIDAD DE MONITORIZAR EN BAJA PERFUSIÓN Y EN MOVIMIENTO.		
4.- PANTALLA LCD, LED O MAYOR TECNOLOGÍA.		
5.- TECLADO DIGITAL DE MEMBRANA CON SIMBOLOGÍA INTERNACIONAL O EN ESPAÑOL.		
6.- DESPLIEGUE DIGITAL DE VISUALIZACIÓN SIMULTÁNEA DE:		
6.1.- SPO2 EN PORCENTAJE.		
6.2.- Fp O Fc DE 30 A 240 PULSOS POR MINUTO, COMO MÍNIMO.		
6.3.- BARRA Y/O VALOR NUMÉRICO DE PERFUSIÓN Y/O PULSO.		
6.4.- DE CURVA PLETISMOGRÁFICA.		
6.5.- ALARMAS Y MENSAJES DE ERROR.		
7.- CON TENDENCIAS DE 72 HORAS COMO MÍNIMO.		
8.- PRECISIÓN DE LA SEÑAL DE SPO2:		
8.1.- RANGO BAJO MÍNIMO DE 60 A 80 +/- 3%		
8.2.- RANGO ALTO MÍNIMO DE 70 A 100 +/- 3%.		
9.- PROMEDIACIÓN (TIEMPO DE MUESTREO) DE SPO2:		
9.1.- DENTRO DEL RANGO DE 2 A 16 SEGUNDOS COMO MÁXIMO.		
10.- ALARMAS:		
10.1.- AUDIBLES Y VISUALES: ALTA/BAJA SPO2, Fc O Fp, BATERÍA BAJA, SENSOR DESCONECTADO O EN MAL ESTADO, MENSAJES DE ERROR.		
10.2.- CON SILENCIADOR DE ALARMAS DE AL MENOS DOS MINUTOS.		
11.- CON CONTROL PARA AJUSTE DEL VOLUMEN DE PULSO		
12.- SOFTWARE EN ESPAÑOL CON CAPACIDAD DE ACTUALIZACIÓN.		
13.- QUE REALICE AUTOPRUEBA DE FUNCIONAMIENTO.		
14.- SOFTWARE PARA PACIENTE NEONATAL.		
15.- CAPACIDAD DE EXPORTAR DATOS A EQUIPO EXTERNO.		
16.- CON CONTROL PARA AJUSTE DEL VOLUMEN DE PULSO		
17.- PRECISIÓN DE LA SEÑAL Fp O Fc A BAJA PERFUSIÓN DE +/-3 LATIDOS O +/-3%		
18.- BATERÍA INTERNA RECARGABLE DE 5 HORAS DE OPERACIÓN COMO MÍNIMO Y CARGADOR INTERCONSTRUIDO CON TIEMPO DE CARGA 4 HORAS AL 100% COMO MÍNIMO.		
19.- CON ALMACENAMIENTO DE DATOS.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
OXÍMETRO DE PULSO PARA TAMIZ NEONATAL		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
20.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
20.1.- DOS SENSORES MULTISITIO REUSABLE PARA PACIENTE NEONATAL.		
20.2.- UN CABLE TRONCAL.		
21.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
22.- GARANTÍA:		
22.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.		
23.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:		
23.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.		
23.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
24.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:		
24.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.		
24.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).		
24.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
25.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:		
25.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
25.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.		
25.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
25.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
25.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
25.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.		
25.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
25.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
26.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:		
26.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.		
26.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.		
<div><div> ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES</div><div> AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</div></div>		<div> NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE</div>



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		S/C			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
POLISOMNÓGRAFO 32 CANALES					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO PARA EL ESTUDIO DE ALTA ESPECIALIDAD EN PACIENTES CON DESÓRDENES DEL SUEÑO, PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS. REGISTRA LAS ONDAS CEREBRALES, EL NIVEL DE OXÍGENO EN LA SANGRE, LA FRECUENCIA CARDÍACA, Y RESPIRACIÓN, ASÍ COMO LOS MOVIMIENTOS DE LOS OJOS Y LAS PIERNAS DURANTE EL ESTUDIO.		
1.- APARATO DE POLISOMNOGRAFÍA COMPUTARIZADO, CON 32 CANALES DE REGISTRO SIMULTÁNEO Y ANÁLISIS DE ENTRADAS AUXILIARES PARA EQUIPO EXTERNO, CANALES DE REGISTRO DE EEG, HORAS DE REGISTRO POR SESIÓN, CON CAMBIO MANUAL O AJUSTE AUTOMÁTICO DE GANANCIAS, MEDICIÓN DE IMPEDANCIA, CAMBIO DE LA BASE DE TIEMPO Y REVISIÓN DE DATOS ANTERIORES O MAYOR TECNOLOGÍA.		
1.1.- GENERADOR DE REPORTES EN FORMATO CONFIGURABLE.		
1.2.- IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE PACIENTE FECHA Y HORA DE ESTUDIO.		
2.- ANÁLISIS AUTOMÁTICO DE:		
2.1.- NIVEL DE SUEÑO Y ESTADIOS DE SUEÑO.		
2.2.- APNEAS E HIPOPNEAS.		
2.3.- RESPIRACIÓN PERIÓDICA.		
2.4.- APNEAS POR NIVEL DE CPAP.		
2.5.- OXIMETRÍA DE PULSO, ELECTROCARDIOGRAFÍA, FRECUENCIA CARDÍACA, INTERVALO R-R PROLONGADO.		
2.6.- MOVIMIENTOS PERIÓDICOS DE EXTREMIDADES, EVENTOS DE PH.		
2.7.- RONQUIDO, POSICIÓN CORPORAL, ESFUERZO TORÁCICO, ESFUERZO ABDOMINAL, MOVIMIENTOS, TENDENCIA DE ETCO2.		
2.8.- EDICIÓN DE NIVEL O ESTADOS DE SUEÑO, EDICIÓN DE EVENTOS DE APNEA-HIPOPNEA.		
3.- MEDICIONES EN PANTALLA DE:		
3.1.- FRECUENCIA DE MUESTRO MÍNIMA DE 4 kHz.		
3.2.- AMPLITUD Y DURACIÓN.		
3.3.- VALORACIÓN Y FRECUENCIA DE REPETICIÓN.		
3.4.- GENERACIÓN AUTOMÁTICA DE RESPUESTAS.		
4.- INCLUYE COMPUTADORA Y SOFTWARE DE ACUERDO AL FABRICANTE.		
5.- ACCESORIOS INCLUIDOS DE ACUERDO A LA MARCA Y MODELO OFERTADO:		
5.1.- CARRO DE TRANSPORTE RODABLE CON SISTEMA DE FRENOS COMPATIBLE CON EL DISEÑO DEL EQUIPO OFERTADO.		
5.2.- SENSOR DE OXIMETRÍA COMPATIBLE CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO		
5.3.- CABLE TRONCAL Y CONEXIÓN PARA ELECTRODOS.		
5.4.- ELECTRODOS REUSABLES ADULTO Y PEDIÁTRICO PARA ELECTROCARDIOGRAFÍA.		
5.5.- SENSOR DE OXIMETRÍA PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO, DEDAL REUSABLE O MULTISITIO.		
5.6.- SENSOR PARA RONQUIDOS.		
5.7.- SENSOR DE POSICIÓN CORPORAL.		
5.8.- SENSOR PARA MOVIMIENTO EN PIERNAS.		
5.9.- SENSOR PARA MOVIMIENTO EN BRAZOS.		
5.10.- SENSOR PARA MOVIMIENTO OCULAR.		
5.11.- SENSOR DE ESFUERZO RESPIRATORIO ADULTO/PEDIÁTRICO.		
5.12.- SENSOR DE FLUJO DE AIRE.		
5.13.- GORRO (EN CASO DE QUE LA TECNOLOGÍA LO REQUIERA)		
5.12.- BANDAS PARA RESPIRACIÓN PARA TÓRX Y ABDOMEN, ADULTO Y PEDIÁTRICO.		
5.13.- BASE SOPORTE PARA ACCESORIOS.		
5.14.- CON IMPRESORA LÁSER A COLOR DE ALTA RESOLUCIÓN.		
5.15.- EQUIPO DE COMPUTO (COMPLETO) CON SOFTWARE DE INTERPRETACIÓN DEL EQUIPO OFERTADO ( EN CASO DE QUE LO REQUIERA) Y CON SISTEMA DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (UPS) CON REGULADOR DE VOLTAJE.		





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
POLISOMNÓGRAFO 32 CANALES		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
6.- CONSUMIBLES:		
6.1.- CINCUENTA ELECTRODOS EN CASO DE REQUERIRSE.		
6.2.- DOS PASTA/GEL PARA LA PIEL DEL PACIENTE.		
6.3.- CINCO PAQUETES DE PAPEL PARA IMPRESORA.		
7.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
8.- GARANTÍA:	
8.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
9.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
9.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
9.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
10.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
10.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
10.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS (EN CASO DE REQUERIRSE) PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA FÁBRICA.	
10.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
10.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
11.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
11.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
11.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
11.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
11.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
11.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
11.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
12.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:	
12.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
12.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
12.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ  
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ  
DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		531.341.2537			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
RAYOS X DIGITAL AVANZADO					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CÚPON CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE PERMITE REALIZAR RADIOGRAFÍAS (DR) DE TIPO GENERAL.		
1.- GENERADOR DE ALTA FRECUENCIA:		
1.1.- CON CAPACIDAD DE POTENCIA DE 40 KW. O MAYOR.		
1.2.- CON RANGO DE 10 ma A 500 mA. COMO MINIMO.		
1.3.- 40 KV. A 125 KV. O MAYOR. EN PASOS DE 1KV.		
1.4.- TIEMPO DE EXPOSICIÓN 1 MILISEGUNDO Ó MENOR A 10 SEGUNDOS O MAYOR.		
1.5.- CON PANEL DE CONTROL DIGITAL, QUE DESPLIEGUE: KV, mA, seg Y mAs		
1.6.- TIEMPO DE IRRADIACIÓN DE 1ms O MENOR.		
2.- TUBO DE RAYOS X:		
2.1.- FOCO FINO DE 0.6 mm. O MENOR.		
2.2.- FOCO GRUESO DE 1.5 mm. Ó MENOR.		
2.3.- ÁNODO DEL OBJETIVO DE 14° COMO MINIMO.		
2.5.- CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE CALOR DEL ÁNODO DE 200 KHU Ó MAYOR.		
3.- COLUMNA PORTATUBOS:		
3.1.- SOPORTE A PISO.		
3.2.- CON DESPLAZAMIENTO LONGITUDINAL DE 220 CM. O MAYOR.		
3.4.- ANGULACIÓN DEL TUBO ±135°		
3.5.- RECORRIDO VERTICAL DEL TUBO: 1,580 mm DESDE EL PISO HASTA EL FOCO. COMO MINIMO.		
3.6.- RECORRIDO LATERAL DEL TUBO: 220mm. COMO MINIMO.		
3.7.- CON FRENO ELECTROMAGNETICO		
3.8.- ROTACIÓN DE LA COLUMNA: EN PASOS DE 90°. COMO MINIMO.		
4.- DETECTOR DIGITAL PLANO		
4.1.- ADQUISICIÓN O PROFUNDIDAD DE IMAGEN DE 16 BITS O MAYOR O CONVERSIÓN ANALÓGICA-DIGITAL DE 16 BITS O MAYOR.		
4.2.- MATRIZ DE 2300 X 2300 PÍXELES Ó MAYOR.		
4.3.- DE SELENIO AMORFO (A-SE) O SILICIO O SILICÓN AMORFO (A-SI) O IODURO DE CESIO O OXISULFURO DE GADOLINIO (GOS).		
4.4.- TAMAÑO DE 35 CM. X 43 CM. (14" X 17") O 40 CM. O MAYOR X 40 O MAYOR CM. (15.7" O MAYOR X 15.7" O MAYOR).		
4.5.- TAMAÑO DEL PIXEL DE 150 MICRONES O MENOR.		
4.6.- CON CONEXIÓN ALAMBRICA E INALÁMBRICA.		
4.7.- ALMACENAMIENTO INTERNO DE AL MENOS 100 IMÁGENES.		
4.8.- CARGA RÁPIDA DE 3 MINUTOS O MENOR, PARA REALIZAR AL MENOS 30 EXPOSICIONES.		
4.9.- SUPERFICIE CON RECUBIMIENTO ANTIBACTERIAL Y PROTECCIÓN PARA LIQUIDOS.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUIRENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.341.2537	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
RAYOS X DIGITAL AVANZADO		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
5.- MESA DE PACIENTE:		
5.1.- CON RECORRIDO LONGITUDINAL 1,000(±500)mm. Ó MAYOR Y RECORRIDO LATERAL (TRANSVERSAL) 250(±125)mm. Ó MAYOR.		
5.2.- SOPORTE UN PESO DE HASTA 300KG.		
5.3.- DIMENSIONES DE LA MESA: 2200mm DE ANCHO X 750 mm DE PROFUNDIDAD X 45mm DE ALTO. COMO MINIMO.		
5.4.- BUCKY		
5.5.- REJILLA: FD 100cm, 103 LPI, RELACIÓN 10:1		
5.6.- MOVIMIENTO DE BUCKY: LONGITUDINAL 350mm. COMO MINIMO.		
5.7.- BANDEJA 17X17 PULGADAS, COMO MINIMO		
5.8.- FRENO ELECTROMAGNÉTICO (EM)		
6.- SOPORTE VERTICAL A PARED:		
6.1.- RECORRIDO VERTICAL: 1,640mm (RECORRIDO DE 420 A 2,060mm) DESDE EL PISO HASTA EL CENTRO DE BUCKY		
6.2.- BUCKY		
6.3.- REJILLA: 150cm, 103 LPI, RATIO 10:1		
6.4.- FILTRACIÓN : 0.5MM AL A 100 KV		
6.5.- BANDEJA 17X17 PULGADAS, COMO MINIMO		
6.6.- FRENO ELECTROMAGNÉTICO (EM)		
7.- PROGRAMAS ANATÓMICOS O RADIOGRAFÍAS PROGRAMADAS O APR: 1280 Ó MAYOR.		
8.- COLIMADOR:		
8.1.- CONTROL: MANUAL CON TEMPORIZADOR DE LÁMPARA DE 30S, COMO MINIMO.		
8.2.- FORMA DEL CAMPO RECTANGULAR		
8.3.- TAMAÑO MÁXIMO DEL CAMPO: 43X43cm(17X17PULG) A 100cm SID		
9.- ESTACIÓN DE ADQUISICIÓN:		
9.1.- PANTALLA LCD O TFT DE 19" O MAYOR.		
9.2.- CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE 10000 IMÁGENES O MAYOR.		
9.3.- CON SOFTWARE PARA ALMACENAR ESTUDIOS.		
9.4.- CON INTERFAZ ETHERNET.		
9.5.- DICOM PRINT, DICOM STORAGE O DICOM SEND O EXPORT, DICOM WORKLIST.		
9.- UPS COMPATIBLE CON EL QUIPO OFERTADO		
10.- CON UNIDAD DE GRABACIÓN CD-R O DVD. CON VISUALIZADOR DICOM.		
11.- CORRIENTE ELÉCTRICA 220 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
12.- GARANTÍA:	
12.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
12.2.- CARTA GARANTÍA POR EL FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR PRIMARIO, QUE AMPARE LA DISPONIBILIDAD Y FABRICACIÓN DE ACCESORIOS, REFACCIONES Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO, DE ACUERDO A LA MARCA Y MODELO OFERTADO, DURANTE UN PERIODO MÍNIMO DE TRES AÑOS, A PARTIR DE LA ENTREGA EN EL LUGAR DE DESTINO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA 531.341.2537	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
RAYOS X DIGITAL AVANZADO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

## ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS

## DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS

<b>13.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
13.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
13.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>14.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
14.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
14.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS (EN CASO DE REQUERIRSE) PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA FÁBRICA.	
14.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
14.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>15.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
15.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
15.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
15.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
15.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
15.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
15.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.	
15.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>16.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
16.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
16.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
16.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE





FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.341.2479			
NOMBRE GENÉRICO					
RAYOS X MÓVIL DIGITAL AVANZADO					
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	3
REGISTRO SANITARIO O DOF:					
CERTIFICADOS DE CALIDAD:					

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO QUE PERMITE LA OBTENCIÓN DE IMÁGENES DE RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO.		
1.- GENERADOR DE RAYOS X DE ALTA FRECUENCIA:		
1.1.- POTENCIA DE 30 kW O MAYOR.		
1.2.- CORRIENTE DE 400 mA O MAYOR.		
1.3.- AJUSTE DE KILOVOLTAJE PICO DE 40 kV O MENOR A 130 kV Ó MAYOR, EN PASOS DE 1kV.		
1.4.- TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE 3 ms O MENOR A 2 SEG O MAYOR.		
2.- TUBO DE RAYOS X:		
2.1.- DOS PUNTOS FOCALES DE 1.5 mm Ó MENOR Y DE 0.7 mm O MENOR.		
2.2.- CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE CALOR TÉRMICO EN EL ÁNODO DE 300 KHU Ó MAYOR.		
2.3.- MOVIMIENTO TELESCÓPICO O CONTRAPESADO.		
2.4.- ROTACIÓN DEL TUBO O SOPORTE DEL TUBO DE +180 Y -180°.		
3.- DETECTOR DIGITAL PLANO:		
3.1.- ADQUISICIÓN O PROFUNDIDAD DE IMAGEN O CONVERSIÓN ANALÓGICA-DIGITAL DE 16 BITS O MAYOR.		
3.2.- MATRIZ DE 2200 X 2200 PÍXELES Ó MAYOR.		
3.3.- TAMAÑO DEL PIXEL DE 150 MICRONES O MENOR.		
3.4.- TAMAÑO DE 35 cm X 43 cm (14" X 17"); O 40 cm X 40 cm (15.7" O MAYOR X 15.7" ); O ÁREA ACTIVA DEL DETECTOR 34.1 cm X 43 cm (14" X 17").		
3.5.- PLANO DE SELENIO AMORFO (A-SE) O SILICÓN AMORFO (A-SI) O YODURO DE CESIO.		
3.6.- DQE DE 70% O MAYOR O 3.1 LP/mm O MAYOR.		
4.- ALTURA DEL FOCO AL PISO O SID DE 1.80 METROS O MAYOR.		
5.- CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO EN UNIDAD DE ESTADO SÓLIDO, DE AL MENOS 5,000 IMÁGENES O 250 GB O MAYOR.		
6.- DICOM PRINT, DICOM SEND O DICOM EXPORT O DICOM STORAGE Y DICOM WORKLIST.		
7.- PESO 450 Kg O MENOR, CON BATERÍAS.		
8.- CON TECLADO ERGONÓMICO.		
9.- CAJÓN PORTADETECTOR.		
10.- CON PANTALLA LCD A COLOR DE 19" O MAYOR, INTEGRADA AL EQUIPO PARA LA VISUALIZACIÓN DE IMAGEN OBTENIDA.		
11.- RODAMIENTO CON SISTEMA DE FRENADO.		
12.- CON UNIDAD DE GRABACIÓN INTEGRADA CD-R O DVD O USB.		
13.- CON BATERÍA INTERNA PARA MOVIMIENTO MOTORIZADO.		
14.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
14.1.- UN MANDIL PLOMADO.		
14.2.- UN COLLARÍN PLOMADO.		
15.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
16.- GARANTÍA:	
16.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUERENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.341.2479	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>RAYOS X MÓVIL DIGITAL AVANZADO</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
16.2.- CARTA GARANTÍA POR EL FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR PRIMARIO, QUE AMPARE LA DISPONIBILIDAD Y FABRICACIÓN DE ACCESORIOS, REFACCIONES Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO, DE ACUERDO A LA MARCA Y MODELO OFERTADO, DURANTE UN PERIODO MÍNIMO DE TRES AÑOS, A PARTIR DE LA ENTREGA EN EL LUGAR DE DESTINO.	
<b>17.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
17.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
17.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>18.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
18.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
18.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
18.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>19.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
19.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
19.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
19.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001Y/O ISO:13485	
19.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
19.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
19.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
19.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/OISO:13485	
19.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>20.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
20.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
20.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
20.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE





# RENLÓN 46

FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		S/C			
NOMBRE GENÉRICO					
SENSOR DIGITAL INTRAORAL (RADIOVISIÓGRAFO)					
ORÍGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1

## ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

1	Sensor intraoral
2	Tecnología de fibra óptica
3	Tamaño de pixel: 19 u
4	Resolución real: 16 pl/mm
5	Área activa: 22.2 * 37.7 mm
6	Grosor de la placa del sensor: 7.3 mm
7	Voltaje de entrada (de la interfaz USB): 4.096 niveles de grises (12 bits)
8	Peso: 5 v
9	<b>GARANTÍA:</b>
9.1	Garantía mínima de dos años (24 meses) a partir de la fecha de instalación contra defectos de fabricación
10	<b>ACCESORIOS:</b>
10.1	Incluye computadora portátil y protector del sensor
11	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>
11.1	Incluye mantenimiento preventivo y correctivo otorgado con una frecuencia mínima cada 6 meses por personal calificado, durante el tiempo de garantía
12	<b>INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>
12.1	No aplica
13	<b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>
13.1	Para bienes de origen nacional presentar copia simple de:
13.1.1	Certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por COFEPRIS
13.1.2	Certificado de calidad ISO:9001-2015 vigente
13.1.3	Certificado de calidad ISO:13485
13.1.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS
13.2	Para bienes de origen internacional, presentar copia simple de:
13.2.1	Certificado FDA o CE o JIS o el equivalente del país de origen.
13.2.2	Certificado de calidad ISO: 9001-2015 vigente
13.2.3	Certificado de calidad ISO:13485
13.3	Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo, ambos documentos deben ser vigentes y legibles
14	<b>MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>
14.1	Manual de operación en español
14.2	Manual de servicio

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN  
DE ATENCIÓN MÉDICA



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
TINA DE REMOLINO PARA CUERPO COMPLETO						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS						REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
TINA DE BAÑO EQUIPADA CON BOQUILLAS QUE GENERAN MUCHOS CHORROS DE AGUA PARA PROPORCIONAR UN EFECTO DE MASAJE TERAPÉUTICO, CONOCIDO COMO TRATAMIENTO DE HIDROTERAPIA NO INVASIVA. ESTE PUEDE SER USADO COMO UN TRATAMIENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR.						
1.- DIMENSIONES: (LARGO: 150 CM , PROFUNDIDAD 45 CM, ANCHO : 60CM) +/-10%.						
2.- CAPACIDAD MÁXIMA 400 LITROS.						
3.- FABRICADA EN ACERO INOXIDABLE TIPO 304, CON SOLDADURA A PRUEBA DE FUGAS Y SIN COSTURAS EN LAS UNIONES. CON LAS ORILLAS REDONDEADAS EN EL INTERIOR DE LA TINA.						
4.- CON TURBINA DE ½ Ó ¾ HP CON ALTURA AJUSTABLE.						
4.1.- VARIAS VELOCIDADES						
4.2.- 3000 RPM COMO MÍNIMO						
5.- CON SISTEMA DE DESAGUE.						
6.- SISTEMA DE SEGURIDAD: INTERRUPTOR DE SEGURIDAD DE CIRCUITO ELÉCTRICO PARA FALLAS TIPO GFI O GFCI.						
7.- INCLUYE TERMÓMETRO ENCAPSULADO CON CUBIERTA PROTECTORA DE ALTA RESISTENCIA EN GRADOS CELSIUS Y FARENHEIT.						
7.1.- MEZCLADORA TERMOSTÁTICO						
8.- ACCESORIOS INCLUIDOS						
8.1.- SOPORTE DE CABEZA DE LONA DE ALTURA VARIABLE.						
8.2.- SISTEMA DE CALENTAMIENTO AUTOMÁTICO CONTROLADO TERMOSTÁTICAMENTE, PARA EL CONTROL DE TEMPERATURA DEL AGUA EN LA TINA.						
8.3.- VÁLVULA MEZCLADORA TERMOSTÁTICA CON VELOCIDAD DE 37 A 56 +/- 10 % LITROS/MIN						
9.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.						
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS						DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
10.- GARANTÍA:						
10.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN						
11.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:						
11.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.						
11.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.						

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	S/C	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
TINA DE REMOLINO PARA CUERPO COMPLETO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
		REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
<b>12.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>		
12.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.		
12.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACION ELECTRICA E HIDROSANITARIA EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.		
12.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).		
12.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TECNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
<b>13.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>		
13.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
13.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.		
13.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.		
13.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
13.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
13.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.		
13.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485.		
13.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
<b>14.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>		
14.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.		
14.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.		
14.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.		
<div><div> ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES</div><div> AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</div></div>		<div>NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE</div>



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
TINA REMOLINO MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
TINA DE BAÑO EQUIPADA CON BOQUILLAS QUE GENERAN MUCHOS CHORROS DE AGUA PARA PROPORCIONAR UN EFECTO DE MASAJE TERAPÉUTICO, CONOCIDO COMO TRATAMIENTO DE HIDROTERAPIA NO INVASIVA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES. ESTE PUEDE SER USADO COMO UN TRATAMIENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR.		
1.- DIMENSIONES: (LARGO: 80 CM , PROFUNDIDAD 80 CM, ANCHO : 46 CM) +/-10%.		
2.- CAPACIDAD 300 LITROS COMO MÁXIMO.		
3.- FABRICADA EN ACERO INOXIDABLE TIPO 304, CON SOLDADURA A PRUEBA DE FUGAS Y SIN COSTURAS EN LAS UNIONES. CON LAS ORILLAS REDONDEADAS EN EL INTERIOR DE LA TINA.		
4.- CON TURBINA SILENCIOSA REGULABLE DE ½ HP, ALTURA AJUSTABLE COMO MÍNIMO.		
4.1.- VARIAS VELOCIDADES		
4.2.- 3000 RPM COMO MÍNIMO		
5.- CON SISTEMA DE DESAGUE.		
6.- SISTEMA DE SEGURIDAD: INTERRUPTOR DE SEGURIDAD DE CIRCUITO ELÉCTRICO PARA FALLAS TIPO GFI O GFCI.		
7.- INCLUYE TERMÓMETRO ENCAPSULADO CON CUBIERTA PROTECTORA DE ALTA RESISTENCIA EN GRADOS CELSIUS Y FARENHEIT.		
7.1.- MEZCLADORA TERMOSTÁTICA EN CASO DE REQUERIRSE PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.		
8.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
8.1.- SILLA FIJA DE ALTURA VARIABLE DE 70 A 120 CM +/- 10%, CON CINTURÓN DE SEGURIDAD FABRICADA EN ACERO CROMADO. ASIENTO Y RESPALDO FORRADOS CON VINILO RESISTENTE. PLATAFORMA PARA PIES.		
9.- SISTEMA DE CALENTAMIENTO AUTOMÁTICO CONTROLADO TERMOSTÁTICAMENTE, PARA EL CONTROL DE TEMPERATURA DEL AGUA EN LA TINA.		
10.- BASE RODABLE REFORZADA CON FRENOS.		
11.- VÁLVULA MEZCLADORA TERMOSTÁTICA CON VELOCIDAD DE 37 A 56 +/- 10 % LITROS/MIN		
12.- CORRIENTE ELÉCTRICA 110-120 V C.A. / 60 HZ		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS	
13.- GARANTÍA:		
13.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.		
14.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:		
14.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.		
14.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
15.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:		
15.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.		
15.2.- CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACION ELECTRICA E HIDROSANITARIA EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.		





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	S/C	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
TINA REMOLINO MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
15.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).		
15.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
16.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:		
16.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
16.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.		
16.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
16.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
16.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
16.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.		
16.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
16.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
17.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:		
17.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.		
17.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.		
17.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.		
<div><div> ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GACÓN HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES</div><div> AUTORIZO DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</div></div>		<div> NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE</div>



## FICHA TÉCNICA

ÁREA REQUINENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
CLAVE	531.532.0570
NOMBRE GENÉRICO	
TINA ULTRASÓNICA	

ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	2

## ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

1	Capacidad de 2500 mililitros, para uso dental
2	Potencia de 70 watts
3	Frecuencia de 40 kilohertz
4	Ajuste de tiempo de 0 a 8 min.
5	Tamaño aproximado: 290 * 223 * 185 mm
6	Tamaño del tanque: 250*150*80 mm
7	Fuente de alimentación: AC100-120v 60 Hz
8	Peso bruto: 2538 +/- 10 g
9	<b>GARANTÍA:</b>
9.1	Garantía mínima de dos años (24 meses) a partir de la fecha de instalación contra defectos de fabricación
10	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>
10.1	Mantenimiento preventivo otorgado con una frecuencia mínima de 6 meses durante el tiempo de garantía, incluyendo kits y refacciones originales nuevas en cada servicio.
10.2	Deberá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario
10.3	El proveedor dará atención a los mantenimientos correctivos cuando la unidad médica lo reporte durante el período de garantía. Para tal efecto, el proveedor proporcionará los números de servicio técnico que deberán estar disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.
10.4	El proveedor deberá demostrar que cuenta con instalaciones dentro de la República Mexicana y Departamento de Servicio Técnico por personal suficiente para atender los servicios.
11	<b>INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>
11.1	Adecuaciones necesarias para la instalación y puesta en marcha del equipo en el lugar destino.
11.2	Capacitación al usuario de todos los turnos de la unidad médica
12	<b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>
12.1	Para bienes de origen nacional presentar copia simple de:
12.1.1	Certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por COFEPRIS
12.1.2	Certificado de calidad ISO:9001
12.1.3	Certificado de calidad ISO:13485
12.1.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS
12.2	Para bienes de origen internacional, presentar copia simple de:
12.2.1	Certificado FDA o CE o JIS o el equivalente del país de origen.
12.2.2	Certificado de calidad ISO: 9001 o ISO: 13485
12.2.3	Certificado de calidad ISO:13485
12.2.4	Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS

FC





ÁREA REQUINENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
CLAVE	531.532.0570
NOMBRE GENÉRICO	
TINA ULTRASÓNICA	

ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	2

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

13	MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:
13.1	Manual de operación en español
13.2	Manual de servicio
13.3	Guía mecánica de instalación (anexa a propuesta técnica)

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		S/C				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
ULTRASONIDO TERAPÉUTICO						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO MÉDICO QUE SIRVE PARA TERAPIA POR MEDIO DE ONDAS ULTRASONÍCAS GENERADORAS DE MICROMASAJE Y CALOR PARA PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS.		
1.- EQUIPO CONTROLADO POR MICROPROCESADOR.		
2.- CON PANTALLA LCD O TECNOLOGÍA SUPERIOR.		
3.- DE DOS A CUATRO CANALES INDEPENDIENTES, CON SELECTOR DE CANAL.		
4.- INTERFAZ INTUITIVA.		
5.- CONTROLES:		
5.1.- DE SELECCIÓN DE CONTROL DE INTENSIDAD DE CORRIENTE EN WATTS Y/O W/cm2.		
5.2.- DE SELECCIÓN DE FRECUENCIA DE 1 MHz Y 3 MHz.		
5.3.- DE SELECCIÓN DE MODO CONTINUO Y PULSÁTIL.		
5.4.- DE SELECCIÓN DE TIEMPO DE TRATAMIENTO DE 1 A 30 MINUTOS.		
5.5.- FUNCIÓN DE AUTOCALIBRACIÓN DE CABEZAL DE ULTRASONIDO.		
6.- DESPLIEGUE EN PANTALLA DE AL MENOS LOS SIGUIENTES VALORES:		
6.1.- TIEMPO DE TRATAMIENTO:		
6.1.1.- TEMPORIZADOR 5, 10, 15 MINUTOS.		
6.2.- FRECUENCIA DEL ULTRASONIDO.		
6.3.-INTENSIDAD DEL ULTRASONIDO.		
6.4.- INDICADOR DE MODO CONTINUO O PULSADO.		
7.- ALERTAS AUDIBLES Y VISUALES DE:		
7.1.- NO CONTACTO Y/O DESACOPAMIENTO DEL CABEZAL DE ULTRASONIDO.		
8.- INDICADORES VISUALES DE:		
8.1.- ESTADO DE LA BATERÍA BAJA.		
8.2.- TIPO DE ALIMENTACIÓN AC/DC.		
9.- CAPACIDAD DE ALMACENAR 15 PROTOCOLOS DE USUARIO COMO MÍNIMO.		
10.- CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:		
10.1.- ONDA CONTINUA:		
10.1.1.- POTENCIA MÁXIMA DE 2 WATTS/cm2.		
10.1.2.- CON EMISIÓN AL 100%.		
10.2.- ONDA PULSÁTIL:		
10.2.1.- CON AL MENOS TRES CICLOS DE TRABAJO.		
10.2.2.- POTENCIA MÁXIMA DE 3 WATTS/ cm2.		
10.3.- FRECUENCIA DE OSCILACIÓN DE 1 Y 3 MHz +/- 10%.		
10.4.- TRANSDUCTOR DE 5 cm2:		
10.4.1.- RELACIÓN DE NO UNIFORMIDAD DEL HAZ ULTRASONICO (BNR) NO MAYOR A 5.01.		
10.4.2.- ÁREA EFECTIVA DE RADIACIÓN (ERA) DE 5 cm2 CON UNA VARIACIÓN MÁXIMA DEL 20%.		
10.4.3.- CABEZAL SELLADO PARA TRATAMIENTOS SUBACUÁTICOS.		
10.4.4.- CABEZAL CERÁMICO NO SUMERGIBLE O MAYOR TECNOLOGÍA.		
10.5.- SELECTOR DE TIEMPO REAL DE TRATAMIENTO DE 0 A 29 MIN.		
10.6.- SELECCIÓN DE POTENCIA DE SALIDA SELECCIONABLE A WATTS Y WATTS/cm2.		
11.- CON BATERÍA INTERNA DE RESPALDO DE UNA HORA COMO MÍNIMO.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		MARCA:
CLAVE	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ULTRASONIDO TERAPÉUTICO		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
12.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
12.1.- CARRO MÓVIL DE ACUERDO A MARCA Y MODELO.		
12.2.- TRANSDUCTOR DE 5 cm2 Y 1 cm2.		
13.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
13.1.- DOS BOTES DE GEL PARA ULTRASONIDO.		
14.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
15.- GARANTÍA:	
15.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
16.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
16.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
16.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
17.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
17.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
17.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
17.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
18.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
18.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
18.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
18.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
18.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
18.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
18.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
19.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
19.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
19.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
19.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.053.0372			
NOMBRE GENÉRICO					
UNIDAD DE ANESTESIA INTERMEDIA					
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1
REGISTRO SANITARIO O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:					
CERTIFICADOS DE CALIDAD DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:					

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
UNIDAD DE ANESTESIA GENERAL, PARA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO, ÓXIDO NITROSO, OTROS GASES MEDICINALES Y AGENTES ANESTÉSICOS.		
1.- GABINETE:		
1.1.- SOPORTE PARA VAPORIZADORES: DOS VAPORIZADORES EN LÍNEA CON SISTEMA DE EXCLUSIÓN QUE EVITE EL USO SIMULTANEO DE MÁS DE UN VAPORIZADOR.		
1.2.- MONTAJE DE VENTILADOR INTERCONSTRUIDO.		
1.3.- CONTACTOS ELÉCTRICOS INTERCONSTRUIDOS MÍNIMO CUATRO.		
1.4.- YUGOS PARA CILINDROS O2 Y NO2.		
1.5.- CAJONES: DOS COMO MÍNIMO.		
1.6.- MESA DE TRABAJO.		
1.7.- REPISA PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES.		
1.8.- CON CUATRO RUEDAS, AL MENOS DOS DE ELLAS CON FRENO O SISTEMA DE FRENO CENTRAL.		
1.9.- MANÓMETROS INTERCONSTRUIDOS DE PRESIÓN PARA SUMINISTRO DE TOMA MURAL (3 GASES) Y DE CILINDROS (2 GASES) EN LA PARTE FRONTAL. CODIFICADOS DE ACUERDO AL CÓDIGO AMERICANO DE COLORES (O2 VERDE, N2O AZUL, AIRE AMARILLO).		
1.10.- BATERIA DE RESPALDO INTERCONSTRUIDO CON CAPACIDAD DE 120 MINUTOS O MAYOR.		
1.11.- REGULADORES DE SUCCIÓN.		
1.12.- CON PUERTO RS-232, USB O MAYOR TECNOLOGÍA PARA COMUNICACIÓN EXTERNA.		
2.- SUMINISTRO DE GASES.		
2.1.- FLUJOMETROS CODIFICADOS DE ACUERDO AL CÓDIGO DE COLORES AMERICANO ( O2 VERDE, NO2 AZUL, AIRE AMARILLO)		
2.1.1.- PARA O2, N2O Y AIRE NEUMÁTICOS DOBLES.		
2.1.2.- CON ILUMINACIÓN EN FLUJOMETROS NEUMÁTICOS.		
2.2.- GUARDA HIPÓXICA DENTRO DEL RANGO DE 23%-25%		
2.3.- CON ILUMINACIÓN ELÉCTRICA EN LA MESA DE TRABAJO.		
2.4.- FLUSH O SUMINISTRO DE OXÍGENO DIRECTO.		
3.- CIRCUITO DEL PACIENTE.		
3.1.- CANISTER SENCILLO REUSABLE Y ESTERILIZABLE CON CAPACIDAD DE 1 LITRO COMO MÍNIMO.		
3.2.- MONTAJE DE CIRCUITO DE REINHALACIÓN QUE PERMITA VENTILACIÓN MECÁNICA Ó MANUAL.		
3.3.- SISTEMA DE EVACUACIÓN ACTIVO Ó PASIVO.		
3.4.- TODOS LOS ELEMENTOS EN CONTACTO CON EL GAS ESPIRADO DEL PACIENTE DEBERÁN SER ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE		
3.5.- VÁLVULA AJUSTABLE DE PRESIÓN (APL)		
3.6.- VÁLVULA DE SOBREPRESIÓN.		
3.7.- VÁLVULA CONMUTADORA BOLSA-VENTILADOR Y SALIDA EXTERNA QUE PERMITA LA CONEXIÓN DE CIRCUITO COAXIAL O TIPO BAIN.		
3.8.- VÁLVULAS DE ESPIRACIÓN E INSPIRACIÓN.		
3.9.- MANOVACUMETRO DE CONEXIÓN RÁPIDA.		
3.10.- RESERVORIO DE POLVO Y AGUA.		
3.11.- SOPORTE PARA BOLSA DE REINHALACIÓN.		
4.- VENTILADOR MICROCONTROLADO E INTEGRADO.		
4.1.- MODOS DE VENTILACIÓN: VOLUMÉTRICO LIMITADO EN PRESIÓN, CONTROLADO POR PRESIÓN, CONMUTACIÓN A VENTILACIÓN MANUAL, SIMV (DISPARO POR PRESIÓN O POR FLUJO).		
4.1.1.-CONTROLADO POR VOLUMEN		
4.1.2.- CONTROLADO POR PRESIÓN		





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA 531.053.0372	MARCA DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
UNIDAD DE ANESTESIA INTERMEDIA		REGISTRO SANITARIO O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
4.1.3.- CONMUTACIÓN A VENTILACIÓN MANUAL		
4.1.4.- CAPACIDAD DE INTEGRAR VENTILACIÓN POR PRESIÓN-SOPORTE		
4.1.5.- SIMV (DISPARADO POR PRESIÓN O POR FLUJO)		
4.2.- CONTROL PARA AJUSTES DE VOLUMEN: QUE CUBRA EL RANGO ENTRE 10 A 1400 ML O MAYOR		
4.3.- CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA: QUE CUBRA EL RANGO DE 2 A 90 RPM O MAYOR		
4.4.- CONTROL PARA AJUSTES DE PEEP ELECTRONICO.		
4.5.- CONTROL PARA AJUSTES DE RELACIÓN I:E Y RELACIÓN I:E INVERSA.		
4.6.- CONTROL PARA AJUSTES DE PRESIÓN INSPIRATORIA QUE CUBRA EL RANGO DE 5 A 70 CMH2O.		
4.7.- CONTROL PARA AJUSTES DE PRESIÓN LÍMITE QUE CUBRA EL RANGO DE 10 A 70 CMH2O.		
4.8.- SISTEMA DE COMPROBACIÓN AUTOMÁTICO.		
4.9.- CONTROL PARA AJUSTES DE PAUSA INSPIRATORIA (VARIABLE Y CONTINUA).		
4.10.- COMPENSACIONES:		
4.10.1.- DISTENSIBILIDAD Y FUGAS DE CIRCUITO		
4.10.2.- DE VOLUMEN O DESACOPLO DE VOLUMEN CORRIENTE DEL GAS FRESCO.		
4.11.- PARA TODO TIPO DE PACIENTES SIN NECESIDAD DE CAMBIO DE FUELLE.		
4.12.- CONTROL DE FLUJO INSPIRATORIO.		
4.13.- VENTILADOR DE LA MISMA MARCA QUE EL SISTEMA DE ANESTESIA, INTERCONSTRUIDO O COLOCADO EN MONTAJE INTERCONSTRUIDO AL GABINETE.		
5.- PARÁMETROS DE VENTILACIÓN MONITORIZADOS Y DESPLEGADOS EN PANTALLA DEL VENTILADOR O MONITOR.		
5.1.- FIO2		
5.1.1.- INTERCONSTRUIDO		
5.1.2.- SENSOR O CELDA PARAMAGNETICA		
5.1.3.- CON CAPACIDAD DE MONITOREO EN MODO MANUAL Y AUTOMÁTICO		
5.2.- VOLUMEN CORRIENTE.		
5.3.- VOLUMEN MINUTO.		
5.4.- PRESIÓN MEDIA.		
5.5.- PRESIÓN PICO.		
5.6.- PEEP.		
5.7.- DESPLIEGUE GRÁFICO DE PVA (PRESIÓN VÍAS AÉREAS).		
5.8.- FRECUENCIA RESPIRATORIA		
5.9.- DESPLIEGUE DE CURVAS DE PRESIÓN, FLUJO Y VOLUMEN. DESPLIEGUE DE LAZOS PRESIÓN.- VOLUMEN Y FLUJO-VOLUMEN.		
6.- SISTEMAS DE ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES (DESPLIEGUE EN MÁQUINA O EN PANTALLA DEL VENTILADOR O EN EL MONITOR DE SIGNOS VITALES)		
6.1.- AUDIBLES Y VISIBLES PRIORIZADAS EN TRES NIVELES, CON DESPLIEGUE DE MENSAJES DE LAS MISMAS EN ESPAÑOL		
6.2.- FIO2 (ALTA Y BAJA).		
6.3.- VM (VOLUMEN MINUTO ALTA Y BAJA).		
6.4.- PRESIÓN BAJA EN EL SUMINISTRO DE O2		
6.5.- PRESIÓN ALTA DE VÍAS AÉREAS		
6.6.- PRESIÓN BAJA DE VÍAS AÉREAS		
6.7.- FALLA EN EL SUMINISTRO ELÉCTRICO.		
6.8.- PRESIÓN PICO.		
6.9.- PRESIÓN BAJA.		
6.10.- INDICADOR DE FUENTE DE ALIMENTACIÓN AC Ó DC.		



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
UNIDAD DE ANESTESIA INTERMEDIA		REGISTRO SANITARIO O DOF:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO		REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁTALOGO, ETC.
6.11.- APNEA.		
6.12.- SENSOR DE OXÍGENO		
6.12.1.- FALLA O CAMBIO DEL SENSOR DE O2.		
6.12.2.- FALLA EN LA MEDICIÓN DE O2 PARA TÉCNICA PARAMAGNETICA		
6.13.- ALARMA DE FUGA		
6.14.- FALLA EN SENSOR DE PRESIÓN Ó FLUJO.		
6.15.- PEEP ALTO.		
6.16.- CONCENTRACIÓN DE GASES ANESTÉSICOS ALTO Y BAJO.		
6.17.- ALTO Y BAJO DE CO2.		
6.18.- MEZCLA DE GASES.		
7.- VAPORIZADORES.		
7.1.- DOS VAPORIZADORES: UNO DE ISOFLURANO Y UNO DE SEVOFLURANO DE LA MISMA MARCA DE LA MÁQUINA DE ANESTESIA.		
8.- MONITOR DE SIGNOS VITALES DE LA MISMA MARCA DE LA MAQUINA DE ANESTESIA.		
8.1.- TIPO MODULAR O PRECONFIGURADO DE LA MISMA MARCA DE LA MAQUINA DE ANESTESIA Y QUE PERMITA SU MONTAJE AL GABINETE .		
8.2.- TECLADO SENSIBLE AL TACTO Ó DE MEMBRANA Ó PERILLA SELECTORA.		
8.3.- PANTALLA POLICROMÁTICA TFT Ó LCD DE MÍNIMO 12 " CONFIGURABLE POR EL USUARIO .		
8.4.- BATERÍA INTERNA CON CAPACIDAD DE 250 MINUTOS O MÁS.		
8.5.- INTERFASE DEL USUARIO EN ESPAÑOL.		
8.6.- TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS PARA TODOS LOS PARÁMETROS DE AL MENOS 98 HORAS.		
8.7.- PANTALLA PRECONFIGURADA Y CONFIGURABLE POR EL USUARIO.		
8.8.- ALARMAS: AUDIOVISUALES, PRIORIZADAS (EN TRES NIVELES), CON DESPLIEGUE DE MENSAJES EN ESPAÑOL Y CONFIGURABLES POR EL USUARIO.		
8.9.- QUE DETECTE ALTA Y BAJA FRECUENCIA DE PULSO Y VALOR DE SPO2, ALTA Y BAJA TEMPERATURA, ALTA Y BAJA FRECUENCIA CARDIACA, ALTA Y BAJA DE PRESIÓN SISTÓLICA, DIASTOLICA Y MEDIA.		
8.10.- TRAZOS SIMULTÁNEOS EN PANTALLA MÍNIMO ONCE.		
8.11.- REGISTRADOR TÉRMICO INTERCONSTRUIDO DE TRES CANALES COMO MÍNIMO.		
8.12.- PUERTO DE SALIDA RS232, USB O MAYOR TECNOLOGIA.		
9.- PARÁMETROS EN MONITOR DE SIGNOS VITALES Y DESPLEGADOS EN PANTALLA DEL MONITOR O VENTILADOR		
9.1.- ECG: DESPLIEGUE DE TRES DERIVACIONES SIMULTANEAS Y MONITOREO DE 7 DERIVACIONES.		
9.2.- RANGO DE FRECUENCIA CARDIACA DE 20 Ó MENOR A 300 BPM Ó MAYOR.		
9.3.- ANÁLISIS DE SEGMENTO ST EN TODAS LAS DERIVACIONES SELECCIONADAS.		
9.4.- ANÁLISIS DE ARRITMIAS.		
9.5.- SPO2: DESPLIEGUE GRÁFICO Y NUMÉRICO		
9.6.- TEMPERATURA: DOS CANALES CON DESPLIEGUE NUMÉRICO Y ETIQUETADO ESOFÁGICO Y PIEL.		
9.7.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA:		
9.7.1.- DESPLIEGUE NUMÉRICO DE PRESIÓN SISTÓLICA, DIASTOLICA Y MEDIA.		
9.7.2.- AJUSTE AUTOMÁTICO DE PRESIÓN DE ACUERDO AL TIPO DE PACIENTE (NEONATO, PEDIATRICO Y ADULTO)		
9.7.3.- MEDICIÓN AUTOMÁTICA Y MANUAL A DIFERENTES INTERVALOS DE TIEMPO		
9.8.- RESPIRACIÓN: POR IMPEDANCIA CON DESPLIEGUE NUMÉRICO Y DE CURVA.		
9.9.- CAPNOGRAFÍA Y CAPNOMETRÍA: VALOR DE CO2 INSPIRADO Y ESPIRADO Y DESPLIEGUE DE CURVA DE CO2.		
9.10.- GASES.		
9.10.1.- MONITOREO DE OXÍGENO INSPIRADO.		





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.053.0372	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
UNIDAD DE ANESTESIA INTERMEDIA		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
9.10.2.- MONITOREO DE NO2 INSPIRADO Y ESPIRADO		
9.10.3.- MEDICIÓN E IDENTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE AGENTES ANESTÉSICOS INSPIRADOS Y ESPIRADOS.		
9.10.4.- DESPLIEGUE DE LA CONCENTRACIÓN ALVEOLAR MÍNIMA (CAM).		
9.10.5.- DETECCIÓN DE MEZCLAS DE AGENTES ANESTÉSICOS CON DESPLIEGUE DE LAS CONCENTRACIONES DE LOS AGENTES MEZCLADOS.		
9.11.- CON CAPACIDAD DE MEDIR LA PRESIÓN INVASIVA		
9.11.1.- AL MENOS DOS CANALES CON CAPCAIDAD DE AGREGAR UN TERCER CANAL		
9.11.2.- ETIQUETADO DE LA POSICIÓN DE UN TRASNDUCTOR		
9.11.3.- AJUSTE AUTOMÁTICO DE ESCALAS Y FILTROS		
10.- RELAJACIÓN MUSCULAR.		
10.1.- MONITOREO INTERCONSTRUIDO Ó MEDIANTE MÓDULOS INSERTABLES EN EL MONITOR DE SIGNOS VITALES DE LA MISMA MARCA DE LA MAQUINA DE ANESTESIA.		
10.2.- DESPLIEGUE EN PANTALLA DEL MONITOR DE SIGNOS VITALES DE VALORES, TENDENCIAS Y CURVA.		
10.3.- CON SENSOR PIEZO ELÉCTRICO ADULTO Y PEDIÁTRICO Y ELECTRODO PARA ESTIMULACIÓN NEUROMUSCULAR.		
11.- DEBE INCLUIR:		
11.1.- DOS TUBOS CORRUGADOS 32" DESECHABLES Y DOS REUSABLES Y ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.		
11.2.- DOS PIEZAS EN "Y" DESECHABLES Y DOS REUSABLES		
11.3.- DOS CODOS DESECHABLES Y DOS REUSABLES		
11.4.- MASCARILLAS REUSABLES Y ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE: PEQUEÑA, MEDIANA Y GRANDE, AL MENOS DOS DE CADA UNA.		
11.5.- BOLSA DE 1 LT, 2 LT Y 3 LT REUSABLES Y ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE (DOS DE CADA UNA).		
11.6.- CIRCUITO DE REINHALACIÓN PARCIAL, BAIN O SEMICERRADO, REUSABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.		
11.7.- MANGUERAS CODIFICADAS POR COLOR ( AIRE-AMARILLO, OXÍGENO-VERDE, ÓXIDO NITROSO-AZUL).		
11.8.- SENSOR DE FLUJO REUSABLE.		
11.9.- UN CABLE TRONCAL Y UN CABLE DE PACIENTE PARA ECG DE AL MENOS CINCO PUNTAS.		
11.10.- UN CABLE TRONCAL, DOS SENSORES DE OXIMETRÍA DE DEDO REUSABLE Y DOS SENSORES MULTISITIO DE OXIMETRÍA.		
11.11.- UN SENSORES DE TEMPERATURA REUSABLE DE SUPERFICIE(PIEL) Y UN SENSOR DE TEMPERATURA REUSABLE ESOFÁGICO.		
11.12.- BRAZALETE REUTILIZABLE ADULTO Y UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA EL BRAZALETE.		
11.13.- BRAZALETE REUSABLE PEDIÁTRICO Y UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA EL BRAZALETE.		
11.14.- BRAZALETE REUSABLE NEONATAL Y UNA MANGUERA CON CONECTOR PARA EL BRAZALETE.		
11.15.- PARA LOS QUE OFERTEN TECNOLOGÍA SIDESTREAM: TRAMPA DE AGUA, LÍNEAS DE MUESTRA Y ADAPTADOR (CODO) DOS DE CADA UNO.		
11.16.- PARA LOS QUE OFERTEN TECNOLOGÍA MAINSTREAM: SENSOR CO2 REUSABLE Y ADAPTADOR DE VÍA AÉREA, DOS DE CADA UNO.		
11.17.- TRANSDUCTOR DE PRESIÓN REUSABLE UNO POR CANAL Y 20 SETS DESECHABLES (DOMO, LLAVES DE TRES VÍAS, LÍNEAS).		
11.18.- SOPORTE PARA BOLSA DE VENTILACIÓN		
11.19.- TRANSDUCTOR DE NERVIOS PERÍFERICOS		
12.- NEUMÁTICA: AIRE, OXÍGENO Y NO2		
13. CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA 531.053.0372	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
UNIDAD DE ANESTESIA INTERMEDIA		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>14.- GARANTÍA:</b>	
14.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>15.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
15.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
15.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>16.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
16.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
16.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
16.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>17.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF DE CADA DISPOSITIVO QUE LO CONFORMA:</b>	
17.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE RERENCIADA DE:	
17.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS	
17.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001	
17.1.3.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:13485	
17.1.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
17.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
17.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES	
17.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001	
17.2.3.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:13485	
17.2.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
<b>18.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
18.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
18.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	
18.3. EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAXIOLA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.328.0116				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA PARA USO GINECOLÓGICO						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO PORTÁTIL, PARA CORTE PURO Y MEZCLAS O EFECTOS DE COAGULACIÓN ESTÁNDAR, SPRAY COAGULACIÓN BIPOLAR.		
1.- GENERADOR ELECTROQUIRÚRGICO BASADO EN MICROPROCESADOR O MICROCONTROLADOR.		
2.- MODO MONOPOLAR:		
2.1.- PARA CORTE PURO Y AL MENOS 2 MEZCLAS.		
2.2.- INTERVALO DE CORTE: PURO DE 100 WATTS O MAYOR.		
2.3.- POTENCIA DE COAGULACIÓN MONOPOLAR DE 80 WATTS O MAYOR.		
3.- MODO BIPOLAR:		
3.1.- POTENCIA MÁXIMA DE SALIDA EN BIPOLAR 50 WATTS.		
3.2.- CON CONTROL INDEPENDIENTE PARA SELECCIÓN DE POTENCIA EN MODO BIPOLAR.		
4.- ALARMAS:		
4.1.- ALARMA QUE SE ACTIVA EN CASO DE FALSO CONTACTO DEL ELECTRODO DE RETORNO.		
4.2.- CON INDICACIONES VISUALES Y AUDIBLES, CON DESACTIVACIÓN INMEDIATA DEL GENERADOR SI SE DETECTA UNA CONDICIÓN DE FALLA.		
5.- ACTIVACIÓN DE LA UNIDAD A TRAVÉS DE LÁPIZ Y PEDAL TANTO EN MODO MONOPOLAR COMO EN BIPOLAR.		
6.- INDICADORES DIGITALES MONOPOLAR Y BIPOLAR.		
7.- EVACUADOR DE HUMO:		
7.1.- CON CONTROL ELECTRÓNICO DE FUNCIONES: SUCCIÓN ESTÁTICA REGULABLE EN cm H <sub>2</sub> O, PREFILTRADO PARA CAPTURAR PARTÍCULAS DE LA MENOS 0.12 MICRAS.		
7.2.- INDICADOR DE VIDA ÚTIL DE LOS FILTROS.		
7.3.- CONTROL DE ACTIVACIÓN AUTOMÁTICA AL ACTIVARSE LA UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA.		
8.- ACCESORIOS COMPATIBLES DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO:		
8.1.- PLACA REUSABLE TAMAÑO ADULTO FLEXIBLE DE SILICÓN CON CABLE.		
8.2.- MANGO REUSABLE PORTA ELECTRODOS MONOPOLAR REUSABLE.		
8.3.- CABLE BIPOLAR CON ENTRADA COMPATIBLE A LA UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA Y CON ENTRADA A LA PINZA.		
8.4.- PINZA BIPOLAR RECTA REUSABLE.		
8.5.- PINZA BIPOLAR TIPO BAYONETA REUSABLE.		
8.6.- ELECTRODOS MONOPOLARES REUSABLES DE BOLA RECTO DE 5 mm +/- 1 mm DE DIÁMETRO Y 10 cm DE LONGITUD O MAYOR.		
8.7.- ELECTRODOS MONOPOLARES REUSABLES DE BOLA RECTO DE 2 mm +/- 0.5 mm DE DIÁMETRO Y 10 cm DE LONGITUD O MAYOR.		
8.8.- ELECTRODO REUSABLE LLETZ O ASA PARA CONIZACIÓN DE CUELLO UTERINO DE 10 mm X 10 mm +/- 2 mm Y 10 cm DE LONGITUD O MAYOR.		
8.9.- ELECTRODO REUSABLE LLETZ O ASA PARA CONIZACIÓN DE CUELLO UTERINO DE 15 mm X 10 mm +/- 2 mm Y 10 cm DE LONGITUD O MAYOR.		
8.10.- ELECTRODO REUSABLE LLETZ O ASA PARA CONIZACIÓN DE CUELLO UTERINO DE 20 mm X 10 mm +/- 2 mm Y 10 cm DE LONGITUD O MAYOR.		
8.11.- ELECTRODO REUSABLE LLETZ O ASA PARA CONIZACIÓN DE CUELLO UTERINO DE 25 mm X 10 mm +/- 2 mm Y 10 cm DE LONGITUD O MAYOR.		
8.12.- ELECTRODOS MONOPOLARES REUTILIZABLES PARA CONIZACIÓN DE CUELLO UTERINO.		
8.13.- CARRO PARA TRANSPORTE DE LA MISMA MARCA Y COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
8.14.- INTERRUPTOR O INTERRUPTORES DE PEDAL PARA ACTIVACIÓN DE MODO MONOPOLAR Y BIPOLAR.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.328.0116	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA PARA USO GINECOLÓGICO		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
9.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
9.1.- FILTRO ULPA, REDUCTOR Y PREFILTRO PARA EVACUADOR DE HUMO, DOS DE CADA UNO DE ACUERDO A TECNOLOGÍA OFERTADA.		
9.2.- TRES MANGUERAS DE CONEXIÓN PARA EVACUADOR DE HUMO, ACORDE A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
10.- CORRIENTE ELECTRICA 120 V +/- 10 % 60 Hz		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
15.- GARANTÍA:	
15.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
16.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
16.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
16.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
17.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
17.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINADO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
17.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
17.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
18.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:	
18.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
18.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
18.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
18.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
18.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
18.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
18.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
19.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:	
19.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
19.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
19.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:	
CLAVE		531.924.0031			CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:	
UNIDAD PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR AVANZADO					MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO CON FINES DIAGNÓSTICOS CON DOPPLER COLOR AVANZADO CARDIO, ADBOMEN, VASCULAR PERIFÉRICO, GINECO-OBSTETRICIA, PARTES PEQUEÑAS Y MÚSCULO ESQUELÉTICO APLICABLES EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS.		
1.- CONTROL DE GANANCIA Y AJUSTE DE LA CURVA TCG POR MEDIO DE POR LO MENOS OCHO CONTROLES INDEPENDIENTES.		
2.- CON MÁS DE CUATRO MIL CANALES DE PROCESO DIGITAL, INDEPENDIENTES O SIMULTANEOS.		
3.- RANGO DINÁMICO DEL SISTEMA DE 250 DB, COMO MÍNIMO.		
4.- MODOS:		
4.1.- BIDIMENSIONAL CON MODO M SIMULTANEO.		
4.2.- DOPPLER CONTINUO Y PULSADO, DOPPLER COLOR Y SISTEMA DE MAPEO DE PERFUSIÓN A COLOR O SISTEMA DE ANGIO.		
4.3.- IMÁGENES ARMÓNICAS EN MODO B Y COLOR.		
4.4.- TRIPLEX EN TIEMPO REAL.		
5.- ZOOM EN TIEMPO REAL CON AL MENOS DIEZ NIVELES.		
6.- CON MEMORIA DE IMAGEN CUADRO POR CUADRO O CINE LOOP DE 2000 CUADROS O MAYOR EN COLOR COMO MÍNIMO.		
7.- MONITOR LCD A COLOR DE 21 PULGADAS O MAYOR.		
8.- CON 256 NIVELES DE GRIS Y 256 TONOS DE COLOR MÍNIMO.		
9.- CON TRACKBALL O TOUCHPAD, INTEGRADO AL TABLERO DE CONTROL.		
10.- TECLADO ALFANUMÉRICO INTEGRADO AL TABLERO DE CONTROL CON INTERFASE EN ESPAÑOL.		
11.- PROGRAMA COMPLETO DE MEDICIONES, REPORTES Y CÁLCULOS: CARDÍACOS VASCULARES, GINECOLÓGICOS, PEDIÁTRICOS Y OBSTÉTRICOS:		
11.1.- DISTANCIAS.		
11.2.- ÁREA.		
11.3.- VOLUMEN.		
11.4.- ÁNGULOS.		
11.5.- VELOCIDADES Y ACELERACIÓN		
12.- QUE PERMITA LA INCLUSIÓN DE PROTOCOLOS POR EL USUARIO CON UN MÍNIMO DE 15 PRE-ESTABLECIDOS.		
13.- TRAZO AUTOMÁTICO DEL ESPECTRO DOPPLER CON CÁLCULOS DE ÍNDICE DE PULSATILIDAD, RESISTIVIDAD COMO MÍNIMO.		
14.- CAPACIDAD DE ESCALAMIENTO DE HARDWARE Y SOFTWARE.		
15.- ALMACENAMIENTO UNTERNO CON CAPACIDAD DE AL MENOS 500GB.		
16.- UNIDAD DE ALMACENAMIENTO POR MEDIO DE CD-RW O DVD Y PUERTO USB.		
17.- LICENCIAS DICOM SEND O PRINT, DICOM STORAGE Y DICOM WORKLIST.		
18.- IMAGEN TRAPEZOIDAL O CONVEXO VIRTUAL O SECTOR EXTENDIDO		
19.- IMAGEN COMPUESTA O COMPOSICIÓN ESPACIAL		
20.- IMAGEN ADAPTATIVA EN TIEMPO REAL PARA REDUCCIÓN DE RUIDO O PROGRAMA PARA REDUCCION DE RUIDO.		
21.- ELASTOGRAFÍA MAMARIA.		
22.- TRANSDUCTORES ELÉCTRONICOS DE BANDA ANCHA O MULTIFRECUENCIA:		
22.1.- LINEAL CON EL RANGO DE 5 MHz O MENOR A 16 MHz O MAYOR PARA ESTUDIOS VASCULARES, PARTES PEQUEÑAS, MÚSCULO ESQUELÉTICO CON FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUIRENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.924.0031	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
UNIDAD PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR AVANZADO		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

REFERENCIA EN MANUAL  
Y/O CATÁLOGO, ETC.

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
22.2.- CONVEXO O CURVILÍNEO CON RANGO DE 2 MHz O MENOR A 5 MHz O MAYOR COMO MÍNIMO, CON DE FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
22.3.- INTRACAVITARIO CON EL RANGO DE 4MHz O MENOR A 8 MHz O MAYOR, CON FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
22.4.- SECTORIAL, VECTORIAL O ARREGLO EN FASE CON EL RANGO DE 2MHz O MENOR A 4 MHz O MAYOR, CON FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
22.5.- MICROCONVEXO CON EL RANGO DE 5 MHz A 8 MHz O MAYOR PARA APLICACIONES TRANSFONTANELARES.		
22.6.- LINEAL CON EL RANGO DE 14 MHZ PARA ESTUDIOS DE MAMA.		
23.- CON CAPACIDAD PARA INCORPORAR SOFTWARE DE CARDIOLOGIA, 3D EN TIEMPO REAL A 4D.		
24.- UPS DE DOBLE CONVERSIÓN CON SUPRESOR DE PICOS, COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
25.- GUÍAS DE BIOPSIA PARA TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO Y LINEAL.		
26.- CARRO DE TRANSPORTE CON PORTA TRANSDUCTORES, DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO Y FRENO CENTRALIZADO EN ALMENOS DOS RUEDAS.		
27.- IMPRESORA EN COLOR POR SUBLIMACIÓN TÉRMICA, COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
28.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
28.1.- CINCO PAQUETES DE PAPEL COMPATIBLE CON IMPRESORA OFERTADA Y DONADOR DE COLOR PARA IMPRESORA.		
28.2.- CIENTO PIEZAS DE PROTECTORES PARA ELTRANSDUCTOR INTRACAVITARIO (CONDÓN).		
28.3.- DVD O CD-RW 50 PIEZAS.		
28.4.- GEL PARA ULTRASONIDO, COMO MÍNIMO 4 GALONES.		
29.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 120 V +/-10% 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
30.- GARANTÍA:	
30.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALCIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN.	
31.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
31.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
31.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
32.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
32.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
32.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
32.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA 531.924.0031	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
UNIDAD PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR AVANZADO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>33.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
33.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
33.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
33.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
33.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
33.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
33.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
33.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
33.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>34.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
34.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
34.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
34.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.924.0031				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
UNIDAD PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR AVANZADO CON PANTALLA ADICIONAL						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO CON FINES DIAGNÓSTICOS CON DOPPLER COLOR AVANZADO CARDIO, ADBOMEN, VASCULAR PERIFÉRICO, GINECO-OBSTETRICIA, PARTES PEQUEÑAS Y MÚSCULO ESQUELÉTICO APLICABLES EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS.		
1.- CONTROL DE GANANCIA Y AJUSTE DE LA CURVA TCG POR MEDIO DE POR LO MENOS OCHO CONTROLES INDEPENDIENTES.		
2.- CON MÁS DE CUATRO MIL CANALES DE PROCESO DIGITAL, INDEPENDIENTES O SIMULTANEOS.		
3.- RANGO DINÁMICO DEL SISTEMA DE 250 DB, COMO MÍNIMO.		
4.- MODOS:		
4.1.- BIDIMENSIONAL CON MODO M SIMULTANEO.		
4.2.- DOPPLER CONTINUO Y PULSADO, DOPPLER COLOR Y SISTEMA DE MAPEO DE PERFUSIÓN A COLOR O SISTEMA DE ANGIO.		
4.3.- IMÁGENES ARMÓNICAS EN MODO B Y COLOR.		
4.4.- TRIPLEX EN TIEMPO REAL.		
5.- ZOOM EN TIEMPO REAL CON AL MENOS DIEZ NIVELES.		
6.- CON MEMORIA DE IMAGEN CUADRO POR CUADRO O CINE LOOP DE 2000 CUADROS O MAYOR EN COLOR COMO MÍNIMO.		
7.- MONITOR LCD A COLOR DE 21 PULGADAS Ó MAYOR.		
7.1.- MONITOR ADICIONAL LCD A COLOR DE 32 PULGADAS COMO MÍNIMO		
8.- CON 256 NIVELES DE GRIS Y 256 TONOS DE COLOR MÍNIMO.		
9.- CON TRACKBALL O TOUCHPAD, INTEGRADO AL TABLERO DE CONTROL.		
10.- TECLADO ALFANUMÉRICO INTEGRADO AL TABLERO DE CONTROL CON INTERFASE EN ESPAÑOL.		
11.- PROGRAMA COMPLETO DE MEDICIONES, REPORTES Y CÁLCULOS: CARDÍACOS VASCULARES, GINECOLÓGICOS, PEDIÁTRICOS Y OBSTÉTRICOS:		
11.1.- DISTANCIAS.		
11.2.- ÁREA.		
11.3.- VOLUMEN.		
11.4.- ÁNGULOS.		
11.5.- VELOCIDADES Y ACELERACIÓN		
12.- QUE PERMITA LA INCLUSIÓN DE PROTOCOLOS POR EL USUARIO CON UN MÍNIMO DE 15 PRE-ESTABLECIDOS.		
13.- TRAZO AUTOMÁTICO DEL ESPECTRO DOPPLER CON CÁLCULOS DE ÍNDICE DE PULSATILIDAD, RESISTIVIDAD COMO MÍNIMO.		
14.- CAPACIDAD DE ESCALAMIENTO DE HARDWARE Y SOFTWARE.		
15.- ALMACENAMIENTO UNTERNO CON CAPACIDAD DE AL MENOS 500GB.		
16.- UNIDAD DE ALMACENAMIENTO POR MEDIO DE CD-RW O DVD Y PUERTO USB.		
17.- LICENCIAS DICOM SEND O PRINT, DICOM STORAGE Y DICOM WORKLIST.		
18.- IMAGEN TRAPEZOIDAL O CONVEXO VIRTUAL O SECTOR EXTENDIDO		
19.- IMAGEN COMPUESTA O COMPOSICIÓN ESPACIAL		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.924.0031	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
UNIDAD PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR AVANZADO CON PANTALLA ADICIONAL		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
20.- IMAGEN ADAPTATIVA EN TIEMPO REAL PARA REDUCCIÓN DE RUIDO O PROGRAMA PARA REDUCCION DE RUIDO.		
21.- ELASTOGRAFÍA MAMARIA.		
22.- TRANSDUCTORES ELÉCTRONICOS DE BANDA ANCHA O MULTIFRECUENCIA:		
22.1.- LINEAL CON EL RANGO DE 5 MHz O MENOR A 16 MHz O MAYOR PARA ESTUDIOS VASCULARES, PARTES PEQUEÑAS, MÚSCULO ESQUELÉTICO CON FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
22.2.- CONVEXO O CURVILÍNEO CON RANGO DE 2 MHz O MENOR A 5 MHz O MAYOR COMO MÍNIMO, CON DE FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
22.3.- INTRACAVITARIO CON EL RANGO DE 4MHz O MENOR A 8 MHz O MAYOR, CON FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
22.4.- SECTORIAL, VECTORIAL O ARREGLO EN FASE CON EL RANGO DE 2MHz O MENOR A 4 MHz O MAYOR, CON FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
22.5.- MICROCONVEXO CON EL RANGO DE 5 MHz A 8 MHz Ó MAYOR PARA APLICACIONES TRANSFONTANELARES.		
22.6.- LINEAL CON EL RANGO DE 14 MHZ PARA ESTUDIOS DE MAMA.		
23.- CON CAPACIDAD PARA INCORPORAR SOFTWARE DE CARDIOLOGÍA, 3D EN TIEMPO REAL A 4D.		
24.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
24.1.- UPS DE DOBLE CONVERSIÓN CON SUPRESOR DE PICOS, COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
24.2.- GUÍAS DE BIOPSIA PARA TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO Y LINEAL.		
24.3.- CARRO DE TRASPORTE CON PORTA TRANSDUCTORES, DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO Y FRENO CENTRALIZADO EN ALMENOS DOS RUEDAS.		
24.4.- IMPRESORA EN COLOR POR SUBLIMACIÓN TÉRMICA, COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
24.5.- PANTALLA LCD DE 40 PULGADAS, ALTA DEFINICIÓN CON CONEXIÓN COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO, PARA VISUALIZACIÓN DE IMAGEN, CON BASE PARA MONTAR A PARED.		
25.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
25.1.- CINCO PAQUETES DE PAPEL COMPATIBLE CON IMPRESORA OFERTADA Y DONADOR DE COLOR PARA IMPRESORA.		
25.2.- CIENTO PIEZAS DE PROTECTORES PARA ELTRANSDUCTOR INTRACAVITARIO (CONDÓN).		
25.3.- DVD Ó CD-RW 50 PIEZAS.		
25.4.- GEL PARA ULTRASONIDO, COMO MÍNIMO 4 GALONES.		
26.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 120 V +/-10% 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
27.- GARANTÍA:	
27.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
28.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
28.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUIRENTE</b>	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.924.0031	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>UNIDAD PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR AVANZADO CON PANTALLA ADICIONAL</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
28.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>29.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
29.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
29.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
29.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
29.4.- CONTEMPLAR LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN EL ÁREA PARA LA COMPLETA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO OFERTADO.	
<b>30.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
30.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
30.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
30.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
30.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
30.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
30.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
30.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
30.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.	
<b>31.- MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b>	
31.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
31.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
31.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

 ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	 AUTORIZO DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		PARTIDA:	
CLAVE		S/C		CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO				MARCA:	
UNIDAD PORTÁTIL PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR				MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2
				REGISTRO SANITARIO O DOF:	
				CERTIFICADOS DE CALIDAD:	

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO UTILIZADO CON FINES DIAGNÓSTICOS PARA EXPLORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA CON DOPPLER COLOR PARA ABDOMEN, GINECOOBSTETRICIA, PEDIATRÍA, PARTES PEQUEÑAS, VASCULAR PERIFÉRICO, INTRAOPERATORIO Y MÚSCULO ESQUELÉTICO.		
1.- CONTROL DE GANANCIA Y AJUSTE DE LA CURVA TGC POR MEDIO DE SEIS CONTROLES INDEPENDIENTES O MAYOR TECNOLOGÍA.		
2.- CON PROCESAMIENTO DIGITAL DE IMAGEN.		
3.- RANGO DINÁMICO DEL SISTEMA DE MÍNIMO 150 DB.		
4.- MODOS:		
4.1.- BIDIMENSIONAL CON MODO M SIMULTANEO.		
4.2.- DOPPLER CONTINUO Y PULSADO.		
4.3.- DOPPLER COLOR CON CÁLCULO AUTOMÁTICO.		
4.4.- SISTEMA DE ANGIO O POWER DOPPLER.		
4.5.- IMÁGENES ARMÓNICAS.		
4.6.- DUPLEX Y/O TRIPLEX EN TIEMPO REAL.		
5.- ZOOM EN TIEMPO REAL (LECTURA) Y CON IMÁGENES CONGELADAS (ESCRITURA).		
6.- CON MEMORIA DE IMAGEN CUADRO POR CUADRO O CINE LOOP DE 1000 CUADROS O MAYOR.		
7.- MONITOR LCD A COLOR DE ALTA RESOLUCIÓN DE 15" PULGADAS O MAYOR.		
8.- CON 256 TONOS DE GRIS Y 256 TONOS DE COLOR COMO MÍNIMO.		
9.- CON TOUCHPAD O TRACKBALL INTEGRADO AL TABLERO DE CONTROL.		
10.- TECLADO ALFANUMÉRICO INTEGRADO AL TABLERO DE CONTROL CON INTERFAZ EN ESPAÑOL.		
11.- PROGRAMA COMPLETO DE MEDICIONES, REPORTES Y CÁLCULOS: VASCULARES, GINECOLÓGICOS, PEDIÁTRICOS OBSTÉTRICOS.		
11.1.- DISTANCIAS.		
11.2.- ÁREA.		
11.3.- VOLUMEN.		
11.4.- ÁNGULOS.		
11.5.- VELOCIDADES Y ACELERACIÓN.		
12.- UNIDAD DE ALMACENAMIENTO EXTERNO POR MEDIO DE CD-RW O DVD Y USB.		
13.- CON CAPACIDAD DE DESPLEGAR GUÍA DE BIOPSIA EN PANTALLA.		
14.- CAPACIDAD DE INCORPORAR SOFTWARE PARA CARDIOLOGÍA, DOPPLER CONTINUO Y TRANSDUCTORES SECTORIALES O DE ARREGLO EN FASE.		
15.- CAPACIDAD DE EXPORTAR IMÁGENES EN FORMATO JPEG O BMP O AVI COMO MÍNIMO.		
16.- CON CONEXIÓN: USB, HDMI Y ETHERNET COMO MÍNIMO.		
17.- CON UN PESO MÁXIMO DE 5 KG CON BATERÍA.		
18.- SOPORTE DE ALIMENTACIÓN CON BATERÍAS INTEGRADAS AL EQUIPO DE 120 MINUTOS O MAYOR Y CARGADOR INTERCONSTRUIDO.		
19.- LICENCIAS DICOM STORAGE, DICOM WORKLIST, DICOM SEND Y/O PRINT.		
20.- ALMACENAMIENTO INTERNO DE 256GB COMO MÍNIMO.		
21.- ACCESORIOS INCLUIDOS		
21.1.- TRANSDUCTORES ELECTRÓNICOS MULTIFRECUENCIA BANDA ANCHA:		
21.1.1.- LINEAL CON EL RANGO DE 4 MHZ O MENOR A 10 MHZ O MAYOR PARA ESTUDIOS VASCULARES, PARTES PEQUEÑAS, MÚSCULO ESQUELÉTICO.		
21.1.2.- CONVEXO O CURVILÍNEO CON EL RANGO DE 2 MHZ O MENOR A 5 MHZ O MAYOR COMO MÍNIMO, CON FRECUENCIAS ARMÓNICAS.		
21.1.3.- TRANSDUCTOR MICROCONVEXO O SECTORIAL PARA PEDIÁTRICOS CON EL RANGO DE 5 MHZ O MENOR A 8 MHZ O MAYOR.		
21.1.4.- TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO CON EL RANGO DE 5 MHZ O MENOR A 7 MHZ O MAYOR.		
21.1.5.- TRANSDUCTOR SECTORIAL CON EL RANGO DE 2 MHZ O MENOR A 4 MHZ O MAYOR. CON ARMÓNICAS		
21.2 CARRO PARA TRASPORTAR EQUIPO CON PORTA-TRANSDUCTORES, COMPATIBLE Y DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO, CON FRENO EN AL MENOS DOS RUEDAS		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	S/C	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
UNIDAD PORTÁTIL PARA ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER COLOR		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
22.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
22.1.- DOSCIENTAS FUNDAS DESECHABLES PROTECTORAS PARA EL TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO		
22.2.- GEL PARA ULTRASONIDO, COMO MÍNIMO 4 GALONES.		
22.3.- DVD O CD GRABABLES, COMO MÍNIMO 50 PIEZAS.		
23.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 120 VCA +/-10%, 60 Hz.		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
24.- GARANTÍA:		
24.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.		
25.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:		
25.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.		
25.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
26.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:		
26.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.		
26.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).		
26.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
27.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:		
27.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
27.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.		
27.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
27.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
27.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
27.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.		
27.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
27.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF		
28.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:		
28.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.		
28.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.		
28.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.		
ELABORÓ: L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES		AUTORIZÓ: DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
		NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE



## FICHA TÉCNICA

ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				
CLAVE	S/C				
NOMBRE GENÉRICO					
UNIDAD DENTAL PORTÁTIL (ROBOTÍN)					
ORÍGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1

## ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

1	Compresor dental libre de aceite de 1 HP
2	Nivel de ruido 50 dBs
3	100% libre de aceite
4	Presión máxima 120 psi
5	Presión de paro a 80 lbs
6	Presión de arranque a 40-50 lbs
7	Medidas aproximadas 47 x 91 cm
8	Jeringa triple
9	Eyector quirúrgico de desagüe directo
10	Salida de alta y baja
11	Sistema flush
12	Negatoscopio
13	Ruedas
14	Charola
15	Módulo de acero
16	Tanque de 27 Lts
17	Un motor libre de aceite de 1 hp
18	Válvula de seguridad
19	Válvula de alivio electrónica
20	Filtro de aire compacto
21	Dispersor de calor (motor libre de aceite)
22	Llave de purga
23	Manómetro
24	Regulador de presión
25	Peso aproximado: 35 kg.
26	Dimensiones aproximadas: 60 x 60 x 75 cm
27	<b>GARANTÍA:</b> Garantía mínima de dos años (24 meses) a partir de la fecha de instalación contra defectos de fabricación
28	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b> Mantenimiento preventivo ortogado con una frecuencia mínima de 6 meses durante el tiempo de garantía, incluyendo kits y refacciones originales nuevas en cada servicio.  Deberá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario  El proveedor dará atención a los mantenimientos correctivos cuando la unidad médica lo reporte durante el período de garantía. Para tal efecto, el proveedor proporcionará los números de servicio técnico que deberán estar disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.  El proveedor deberá demostrar que cuenta con instalaciones dentro de la República Mexicana y Departamento de Servicio Técnico por personal suficiente para atender los servicios.

*Handwritten signature*

ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
CLAVE	S/C
NOMBRE GENÉRICO	
UNIDAD DENTAL PORTÁTIL (ROBOTÍN)	

ORÍGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1

## ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

29	<b>INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b> Adecuaciones necesarias para la instalación y puesta en marcha del equipo en el lugar destino. Capacitación al usuario de todos los turnos de la unidad médica
30	<b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b> Para bienes de origen nacional presentar copia simple de: Certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por COFEPRIS Certificado de calidad ISO:9001 Certificado de calidad ISO:13485 Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS Para bienes de origen internacional, presentar copia simple de: Certificado FDA o CE o JIS o el equivalente del país de origen. Certificado de calidad ISO: 9001 o ISO: 13485 Certificado de calidad ISO:13485 Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS
31	<b>MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:</b> Manual de operación en español Manual de servicio

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN





FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.923.0313			
NOMBRE GENÉRICO					
UNIDAD ULTRASÓNICA ESTOMATOLÓGICA					
ORÍGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO	43790	53101		EQUIPO	1

### ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

- 1 Ultrasonido multifuncional con frecuencia de 29,000 Hz y chorro de bicarbonato de sodio atomizado
- 2 Equipo de tecnología piezoeléctrica
- 3 Generador de frecuencia de trabajo regulable en el rango de 28 KHz a 30 KHz como mínimo
- 4 Control o selector de frecuencia de trabajo regulable en el rango de 28 KHz como mínimo
- 5 Para uso en al menos dos especialidades: periodoncia y endodoncia
- 6 3 rangos de potencia: Scalp (S) 1.5 a 10 W, Endo (E) 0.5 a 2.5 w y Perio (P) 0.1 a 1.0 W
- 7 Entrada para alimentación de agua con manguera, filtro y conexiones rápidas para uso en unidad dental o depósito de agua independiente. La unidad médica determinará el tipo de alimentación al momento de la compra
- 8 Transductor amovible
- 9 Control para regular el flujo de irrigación rocío o spray
- 10 Sistema piezoeléctrico a cuarzo que no calienta la pieza de mano
- 11 Pieza de mano desmontable y esterilizable en vapor; con luz LED integrada
- 12 Regulación de potencia a cada tipo de procedimiento (Feed-Back)
- 13 Activación a través del pedal
- 14 Irrigación constante con control de flujo, permitiendo trabajar en seco
- 15 Tres insertos o puntas periodontales, intercambiables y esterilizables en vapor
- 16 Llave o herramienta para intercambio de insertos o puntas periodontales
- 17 Corriente eléctrica 120V +/- 10%, 60 Hz
- 18 **GARANTÍA:**
- 18.1 Garantía mínima de dos años (24 meses) a partir de la fecha de instalación contra defectos de fabricación
- 19 **MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:**
- 19.1 Mantenimiento preventivo ortogado con una frecuencia mínima de 6 meses durante el tiempo de garantía, incluyendo kits y refacciones originales nuevas en cada servicio.
- 19.2 Deberá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario
- 19.3 El proveedor dará atención a los mantenimientos correctivos cuando la unidad médica lo reporte durante el periodo de garantía. Para tal efecto, el proveedor proporcionará los números de servicio técnico que deberán estar disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.
- 19.4 El proveedor deberá demostrar que cuenta con instalaciones dentro de la República Mexicana y Departamento de Servicio Técnico por personal suficiente para atender los servicios.
- 20 **INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:**
- 20.1 Capacitación al usuario de todos los turnos de la unidad médica
- 21 **NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:**
- 21.1 Para bienes de origen nacional presentar copia simple de:
  - 21.1.1 Certificado de buenas prácticas de fabricación expedido por COFEPRIS
  - 21.1.2 Certificado de calidad ISO:9001
  - 21.1.3 Certificado de calidad ISO:13485
  - 21.1.4 Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS
- 21.2. Para bienes de origen Internacional, presentar copia simple de:
  - 21.2.1 Certificado FDA o CE o JIS o el equivalente del país de origen.
  - 21.2.2 Certificado de calidad ISO: 9001 o ISO: 13485
  - 21.2.3 Certificado de calidad ISO:13485
  - 21.2.4 Registro sanitario expedido por COFEPRIS o carta bajo protesta de decir verdad que no requiere registros sanitarios de acuerdo a COFEPRIS
- 22 **MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO:**
- 22.1 Manual de operación en español
- 22.2 Manual de servicio

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.941.0972			
NOMBRE GENÉRICO					
VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO					
ORIGEN DEL RECURSO		PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA
BONO CUPÓN CERO 2023		43790	53101		EQUIPO
					CANTIDAD SOLICITADA
					2
PARTIDA:					
CANTIDAD:					
MARCA:					
MODELO:					
REGISTRO SANITARIO O DOF:					
CERTIFICADOS DE CALIDAD:					

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO ELECTROMECÁNICO CONTROLADO POR MICROPROCESADOR, DE SOPORTE DE VIDA PARA APOYO VENTILATORIO EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS QUE TIENEN COMPROMETIDA LA FUNCIÓN RESPIRATORIA.		
1.- VENTILADOR ADULTO - PEDIÁTRICO.		
2.- PANTALLA INTERCONSTRUIDA:		
2.1.- TIPO LCD, LCD-TFT O TFT O LED.		
2.2.- A COLOR.		
2.3.- TAMAÑO MÍNIMO DE 12" COMO MÍNIMO.		
2.4.- CONFIGURABLE POR EL USUARIO.		
3.- CONTROLES Y AJUSTES DE:		
3.1.- VOLUMEN CORRIENTE (ml):		
3.1.1.- LÍMITE INFERIOR: 50 O MENOR.		
3.1.2.- LÍMITE SUPERIOR: 2000 O MAYOR.		
3.2.- FLUJO INSPIRATORIO O FLUJO ADAPTATIVO (l/min):		
3.2.1.- LÍMITE INFERIOR: 10 O MENOR.		
3.2.2.- LÍMITE SUPERIOR: 140 O MAYOR.		
3.3.- PRESIÓN INSPIRATORIA (cmH2O):		
3.3.1.- LÍMITE INFERIOR: 5 O MENOR.		
3.3.2.- LÍMITE SUPERIOR: 60 O MAYOR.		
3.4.- FRECUENCIA RESPIRATORIA (rpm):		
3.4.1.- LÍMITE INFERIOR: 1 O MENOR.		
3.4.2.- LÍMITE SUPERIOR: 80 O MAYOR.		
3.5.- TIEMPO INSPIRATORIO (s):		
3.5.1.- LÍMITE INFERIOR: 0.3 O MENOR.		
3.5.2.- LÍMITE SUPERIOR: 5 O MAYOR.		
3.6.- CON OPCIÓN MESETA INSPIRATORIA, DE PLATEAU O PAUSA INSPIRATORIA.		
3.7.- CON OPCIÓN DE PAUSA ESPIRATORIA DE 0 A 2s O MAYOR.		
3.8.- FIO2 (%):		
3.8.1.- LÍMITE INFERIOR: 21.		
3.8.2.- LÍMITE SUPERIOR: 100.		
3.9.- CON OPCIÓN A RESPIRACIÓN MANUAL.		
3.10.- PEEP/CPAP (cmH2O):		
3.10.1.- LÍMITE INFERIOR: 1 O MENOR.		
3.10.2.- LÍMITE SUPERIOR: 35 O MAYOR.		
3.11.- PRESIÓN SOPORTE (PSV), PRESIÓN ASISTIDA O ASB (cmH2O).		
3.11.1.- LÍMITE INFERIOR: 0 O MENOR.		
3.11.2.- LÍMITE SUPERIOR: 50 O MAYOR.		
3.12.- SALIDA PARA NEBULIZADOR O NEBULIZADOR SINCRÓNICO, ULTRASÓNICO O ELÉCTRICO.		
3.13.- MECANISMO DE DISPARO O TRIGGER POR FLUJO Y/O POR PRESIÓN.		
3.14.- SENSIBILIDAD ESPIRATORIA O TERMINACIÓN DE LA FASE INSPIRATORIA.		
3.15.- BIAS FLOW, FLUJO BASE, CONTÍNUO O CPAP.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.941.0972	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
3.16.- AJUSTE DE RAMPA DE PRESIÓN, RISE TIME, RETARDO INSPIRATORIO, RAMPA, O INCREMENTO DE LA PENDIENTE DE PRESIÓN.		
3.17.- 100% DE O2 DE 2 MINUTOS O MAYOR.		
4.- MODOS VENTILATORIOS:		
4.1.- VENTILACIÓN ASISTO CONTROLADA Y SIMV CONTROLADA POR VOLUMEN.		
4.2.- VENTILACIÓN ASISTO CONTROLADA Y SIMV CONTROLADA POR PRESIÓN.		
4.3.- PRESIÓN SOPORTE (PSV) O PRESIÓN ASISTIDA.		
4.4.- CPAP O ESPONTÁNEO CON LÍNEA DE BASE ELEVADA.		
4.5.- RESPALDO EN CASO DE APNEA DE ACUERDO AL MODO VENTILATORIO, POR VOLUMEN O PRESIÓN.		
4.6.- VENTILACIÓN NO INVASIVA.		
5.- PARÁMETROS MONITORIZADOS:		
5.1.- PRESIÓN INSPIRATORIA PICO O MÁXIMA.		
5.2.- PRESIÓN MEDIA EN VÍAS AÉREAS.		
5.3.- PRESIÓN DE MESETA O PLATEAU.		
5.4.- PEEP.		
5.5.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
5.6.- VOLUMEN MINUTO.		
5.7.- RELACIÓN I:E.		
5.8.- VOLUMEN CORRIENTE EXHALADO.		
5.9.- FIO2.		
5.10.- INDICADOR DE HORAS DE USO.		
5.11.- INDICADOR DE BATERÍA DE RESPALDO EN USO.		
5.12.- CÁLCULO DE DISTENSIBILIDAD O COMPLIANCE.		
5.13.- CÁLCULO DE LA RESISTENCIA.		
5.14.- DESPLIEGUE DE AL MENOS 2 DE LAS 3 CURVAS DE VENTILACIÓN DE FORMA SIMULTÁNEA:		
5.14.1.- VOLUMEN-TIEMPO.		
5.14.2.- FLUJO-TIEMPO.		
5.14.3.- PRESIÓN-TIEMPO.		
5.15.- DESPLIEGUE DE AL MENOS 2 LAZOS O LOOPS.		
5.16.- CAPACIDAD DE ALMACENAR EVENTOS RELACIONADOS CON LOS PARÁMETROS VENTILATORIOS SELECCIONADOS Y TENDENCIAS AL MENOS DE 20 DÍAS COMO MÍNIMO.		
5.17.- MEDICIÓN DE AUTOPEEP O PEEPTOTAL.		
6.- ALARMAS:		
6.1.- AUDIBLES Y VISUALES, AMBAS PRIORIZADAS EN TRES NIVELES.		
6.2.- PRESIÓN INSPIRATORIA ALTA Y BAJA.		
6.3.- PEEP BAJO O DESCONEXIÓN DEL PACIENTE.		
6.4.- APNEA.		
6.5.- VOLUMEN MINUTO Y/O CORRIENTE (ALTO Y BAJO).		
6.6.- FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA.		
6.7.- FIO2 ALTA Y BAJA.		
6.8.- BAJA PRESIÓN DEL SUMINISTRO DE GASES		
6.9.- FALTA DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.941.0972	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
6.10.- BATERÍA BAJA		
6.11.- VENTILADOR INOPERANTE O FALLA DEL VENTILADOR.		
6.12.- SILENCIO DE ALARMA		
7.- CARACTERÍSTICAS GENERALES:		
7.1.- MEZCLADOR DE AIRE-OXÍGENO INTERNO.		
7.2.- MONITOREO FIO2 INTERNO O INTEGRADO.		
7.3.- SENSOR DE FLUJO REUSABLE.		
7.4.- CON SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FUGAS.		
7.5.- HUMIDIFICADOR SERVOCONTROLADO PARA USO CON CALENTADOR DE TUBO SENCILLO O DUAL; CON SENSOR DE TEMPERATURA SENCILLO O DUAL DE SOPORTE AL VENTILADOR.		
7.6.- TODO EL SISTEMA EN IDIOMA ESPAÑOL.		
7.7.- TECLADO SENSIBLE AL TACTO O DE MEMBRANA; O PERILLA SELECTORA PARA EL AJUSTE DE LOS VALORES DE TODOS LOS PARÁMETROS DE CONTROL.		
8.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
8.1.- BRAZO SOPORTE PARA CIRCUITO DE PACIENTE		
8.2.- BASE RODABLE COMPATIBLE Y DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO CON SISTEMA DE FRENO EN AL MENOS DOS RUEDAS.		
8.3.- BATERÍA DE RESPALDO INTERNA, CON DURACIÓN DE 200 MINUTOS DE RESPALDO COMO MÍNIMO.		
8.4.- MANGUERAS PARA SUMINISTRO DE GAS DE ACUERDO AL CÓDIGO AMERICANO DE COLORES: O2 - VERDE, AIRE - AMARILLO; PUDIENDO SE AIRE Y OXÍGENO O SÓLO OXÍGENO, SEGÚN MARCA Y MODELO.		
8.5.- REGULADORES DE PRESIÓN INTEGRADOS PARA EL SUMINISTRO DE GASES.		
8.6.- SISTEMA DE SUMINISTRO DE AIRE POR COMPRESOR GRADO MÉDICO INTERCONSTRUIDO O MODULAR DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO.		
8.7.- PULMÓN DE PRUEBA ADULTO/PEDIÁTRICO		
9.- CORRIENTE ELECTRICA DE 120V +/-10% 60Hz		
10.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
10.1.- DOS CIRCUITOS DE PACIENTE ADULTO REUSABLES LIBRES DE LATEX (INCLUYE ADAPTADORES, CONECTORES Y TRAMPAS DE AGUA). O DIEZ CIRCUITOS DESECHABLES LIBRES DE LÁTEX. (INCLUYE ADAPTADORES, CONECTORES Y TRAMPAS DE AGUA).		
10.2.- MASCARILLAS REUSABLES O DESECHABLES LIBRES DE LATEX DE TAMAÑOS GRANDE, MEDIANO Y CHICO, TRES DE CADA TAMAÑO. CON ARNÉS O SUJETADOR AJUSTABLE.		
10.3.- TRES CELDA O SENSOR DE OXÍGENO DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA OFERTADA.		
10.4.- TRES SENSOR DE TEMPERATURA DE ACUERDO A LA TECNOLOGIA OFERTADA.		
10.5.- DOS FILTRO DE BACTERIAS REUSABLE DE ACUERDO A TECNOLOGIA OFERTADA		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
11.- GARANTÍA:	
11.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.	
12.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
12.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
12.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.941.0972	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>13.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
13.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
13.3.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
13.4.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA OFERTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>14.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
14.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
14.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
14.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
14.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.	
14.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
14.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
<b>15.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
15.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
15.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
15.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			
CLAVE		531.941.0980			
NOMBRE GENÉRICO					
VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO-NEONATAL					
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	1

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO ELECTROMECÁNICO CONTROLADO POR MICROPROCESADOR, DE SOPORTE DE VIDA PARA APOYO VENTILATORIO EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATALES QUE TIENEN COMPROMETIDA LA FUNCIÓN RESPIRATORIA. CON PANTALLA A COLOR QUE MUESTRE GRÁFICAS, DATOS NUMÉRICOS, ALARMAS PRIORIZADAS EN TIEMPO REAL Y LOS DIFERENTES MODOS VENTILATORIOS SELECCIONADOS PARA UN ADECUADO TRATAMIENTO.		
1.- PANTALLA INTERCONSTRUIDA:		
1.1.- TIPO LCD, LCD-TFT O TFT O LED.		
1.2.- A COLOR.		
1.3.- TAMAÑO DE 12" O MAYOR.		
1.4.- CONFIGURABLE POR EL USUARIO.		
2.- CARACTERÍSTICAS GENERALES:		
2.1.- MEZCLADOR DE AIRE-OXÍGENO INTERNO.		
2.2.- MONITOREO FIO2 INTERNO O INTEGRADO.		
2.3.- SENSOR DE FLUJO REUSABLE.		
2.4.- COMPENSACIÓN DE LA RESISTENCIA POR EL TUBO ENDOTRAQUEAL O DE VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES O CON LA TECNOLOGÍA PROPIA DE CADA FABRICANTE PARA HACER EL AJUSTE Y LA COMPENSACIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL.		
2.5.- CON SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FUGAS.		
2.6.- HUMIDIFICADOR SERVOCONTROLADO PARA USO CON CALENTADOR DE TUBO SENCILLO O DUAL; CON SENSOR DE TEMPERATURA SENCILLO O DUAL DE SOPORTE AL VENTILADOR.		
2.7.- PERILLA SELECTORA PARA EL AJUSTE DE LOS VALORES DE TODOS LOS PARÁMETROS DE CONTROL.		
2.9.- SISTEMA DE SUMINISTRO DE AIRE POR COMPRESOR GRADO MÉDICO INTERCONSTRUIDO O MODULAR DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO.		
3.- CONTROL DE PARÁMETROS DE:		
3.1.- VOLUMEN CORRIENTE QUE CUBRA EL RANGO DE 50 A 2000 ML.		
3.2.- FLUJO INSPIRATORIO O FLUJO ADAPTATIVO QUE CUBRA EL RANGO DE 2 A 120 L/MIN		
3.3.- PRESIÓN INSPIRATORIA QUE CUBRA EL RANGO DE 2 A 90 CMH2O.		
3.4.- FRECUENCIA RESPIRATORIA QUE CUBRA EL RANGO DE 3 A 150 RESPIRACIONES POR MINUTO.		
3.5.- TIEMPO INSPIRATORIO QUE CUBRA EL RANGO DE 0.2 A 10 SEGUNDOS.		
3.6.- FIO2 QUE CUBRA EL RANGO DE 21 A 100 %.		
3.7.- PEEP/CPAP QUE CUBRA EL RANGO DE 1 A 45 CMH2O.		
3.8.- PRESIÓN SOPORTE (PSV), PRESIÓN ASISTIDA O ASB QUE CUBRA EL RANGO DE 0 A 60 CMH2O.		
3.9.- CON OPCIÓN MESETA INSPIRATORIA, DE PLATEAU O PAUSA INSPIRATORIA.		
3.10.- CON OPCIÓN DE PAUSA ESPIRATORIA DE 0 A 2 SEGUNDOS O MAYOR.		
3.11.- RESPIRACIÓN MANUAL.		
3.12.- SALIDA PARA NEBULIZADOR SINCRÓNICO, NEBULIZADOR ULTRASÓNICO O ELÉCTRICO.		
3.13.- MECANISMO DE DISPARO O TRIGGER POR FLUJO Y/O POR PRESIÓN.		
3.14.- SENSIBILIDAD ESPIRATORIA O TERMINACIÓN DE LA FASE INSPIRATORIA.		
3.15.- BIAS FLOW, FLUJO BASE, CONTINUO.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE

Handwritten signature





<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUERENTE</b>	<b>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	531.941.0980	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO-NEONATAL</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CÁLOGO, ETC.
3.16.- AJUSTE DE RAMPA DE PRESIÓN, RISE TIME, RETARDO INSPIRATORIO, RAMPA, O INCREMENTO DE LA PENDIENTE DE PRESIÓN.		
3.17.- 100% DE O2 DURANTE 2 MINUTOS O MAYOR.		
4.- MODOS VENTILATORIOS:		
4.1.- VENTILACIÓN ASISTO CONTROLADA Y SIMV CONTROLADA POR VOLUMEN.		
4.2.- VENTILACIÓN ASISTO CONTROLADA Y SIMV CONTROLADA POR PRESIÓN.		
4.3.- PRESIÓN SOPORTE (PSV) O PRESIÓN ASISTIDA.		
4.4.- CPAP O ESPONTÁNEO CON LÍNEA DE BASE ELEVADA.		
4.5.- RESPALDO EN CASO DE APNEA DE ACUERDO AL MODO VENTILATORIO, POR VOLUMEN O PRESIÓN.		
4.6.- VENTILACIÓN REGULADA POR PRESIÓN Y CON GARANTÍA EN VOLUMEN MANUAL O AUTOMÁTICA EN ASISTO/CONTROL Y SIMV (VOLUMEN GARANTIZADO, AUTOFLOW, PRVC, VENTILACIÓN DE VOLUMEN PLUS, APV O VSYNC).		
4.7.- VENTILACIÓN NO INVASIVA. RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA EN DOS NIVELES DE PRESIÓN (BILEVEL, BIFÁSICO O DUOPAP O BI-VENT O BIPAP) Y VENTILACIÓN CON LIBERACIÓN DE PRESIÓN EN VÍAS AÉREAS (APRV). CON GARANTÍA O LÍMITE DE VOLUMEN PARA CPAP, VENTILACIÓN ESPONTÁNEA O PRESIÓN SOPORTE O ASV.		
4.8.- VENTILACIÓN CONTROLADA POR PRESIÓN EN NEONATOS, CICLADO POR TIEMPO Y LIMITADO EN PRESIÓN O TCPLV.		
4.9.- VENTILACIÓN LIMITADA POR PRESIÓN CICLADA POR TIEMPO PARA NEONATOS EN LOS MODOS DE VENTILACIÓN: ASISTO-CONTROL, SIMV Y VENTILACIÓN CON PRESIÓN DE SOPORTE.		
5.- PARÁMETROS MONITORIZADOS:		
5.1.- PRESIÓN INSPIRATORIA PICO O MÁXIMA.		
5.2.- PRESIÓN MEDIA EN VÍAS AÉREAS.		
5.3.- PRESIÓN DE MESETA O PLATEAU.		
5.4.- PEEP.		
5.5.- FRECUENCIA RESPIRATORIA TOTAL Y ESPONTÁNEA.		
5.6.- VOLUMEN MINUTO TOTAL Y ESPONTÁNEO.		
5.7.- RELACIÓN I:E.		
5.8.- VOLUMEN CORRIENTE INSPIRADO Y ESPIRADO.		
5.9.- FIO2.		
5.10.- INDICADOR DE HORAS DE USO EN PANTALLA.		
5.11.- INDICADOR DE BATERÍA DE RESPALDO EN USO.		
5.12.- CÁLCULO DE DISTENSIBILIDAD O COMPLIANCE.		
5.13.- CÁLCULO DE LA RESISTENCIA.		
5.14.- CÁLCULO DE ÍNDICE F/VT O ÍNDICE DE RESPIRACIÓN RÁPIDA Y SUPERFICIAL		
5.15.- CÁLCULO DE ÍNDICE DE PRESIÓN TIEMPO (TI/TOTAL), MÁXIMA PRESIÓN INSPIRATORIA (MIP), FUERZA INSPIRATORIA NEGATIVA (NIF) O PRODUCTO PRESIÓN TIEMPO (PTP).		
5.16.- CÁLCULO DEL TRABAJO RESPIRATORIO O PRESIÓN TRAQUEAL.		
5.17.- DESPLIEGUE DE LAS 3 CURVAS DE VENTILACIÓN DE FORMA SIMULTÁNEA:		
5.17.1.- VOLUMEN TIEMPO.		
5.17.2.- FLUJO-TIEMPO.		
5.17.3.- PRESIÓN-TIEMPO.		
5.18.- DESPLIEGUE DE AL MENOS 2 LAZOS O LOOPS.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE		CANTIDAD:
CLAVE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
	531.941.0980	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO-NEONATAL		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
5.19.- CÁLCULO O MEDICIÓN DE PUNTOS DE INFLEXIÓN EN EL LAZO DE VOLUMEN VS. PRESIÓN.		
5.20.- DESPLIEGUE DE CURVAS DE PRESIÓN INTRAPULMONAR, PRESIÓN ESOFÁGICA, PRESIÓN TRAQUEAL O EDI.		
5.21.- CAPACIDAD DE ALMACENAR EVENTOS RELACIONADOS CON LOS PARÁMETROS VENTILATORIOS SELECCIONADOS Y TENDENCIAS AL MENOS DE 20 DÍAS.		
5.22.- CÁLCULO DEL ÍNDICE P0.1 O P100.		
5.23.- MEDICIÓN DE AUTO PEEP O PEEP TOTAL.		
6.- ALARMAS:		
6.1.- AUDIBLES Y VISUALES, AMBAS PRIORIZADAS EN TRES NIVELES.		
6.2.- PRESIÓN INSPIRATORIA ALTA Y BAJA.		
6.3.- PEEP BAJO O DESCONEXIÓN DEL PACIENTE.		
6.4.- APNEA.		
6.5.- VOLUMEN MINUTO Y/O CORRIENTE (ALTO Y BAJO).		
6.6.- FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA.		
6.7.- FIO2 ALTA Y BAJA.		
6.8.- BAJA PRESIÓN DEL SUMINISTRO DE GASES.		
6.9.- BATERÍA BAJA.		
6.10.- FALTA DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.		
6.11.- VENTILADOR INOPERANTE O FALLA DEL VENTILADOR.		
6.12.- SILENCIO DE ALARMA.		
7.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
7.1.- BRAZO SOPORTE PARA CIRCUITO DE PACIENTE.		
7.2.- BASE RODABLE PARA EL EQUIPO CON SISTEMA DE FRENO EN AL MENOS DOS RUEDAS.		
7.3.- BATERÍA DE RESPALDO INTERNA O INTERCONSTRUIDA (DE LA MISMA MARCA), CON 200 MINUTOS DE RESPALDO COMO MÍNIMO.		
7.4.- MANGUERAS PARA SUMINISTRO DE GAS DE ACUERDO AL CÓDIGO AMERICANO DE COLORES: O2 - VERDE, AIRE - AMARILLO; PUDIENDO SER AIRE Y OXÍGENO O SÓLO OXÍGENO, SEGÚN MARCA Y MODELO.		
7.5.- REGULADORES DE PRESIÓN INTEGRADOS PARA EL SUMINISTRO DE GASES.		
7.6.- PULMÓN DE PRUEBA ADULTO/PEDIÁTRICO Y NEONATAL (UNO DE CADA UNO).		
8.- CONSUMIBLES INCLUIDOS		
8.1.- DOS CIRCUITOS DE PACIENTE ADULTO REUSABLES LIBRES DE LÁTEX (INCLUYE ADAPTADORES, CONECTORES Y TRAMPAS DE AGUA) O DIEZ CIRCUITOS DESECHABLES LIBRES DE LÁTEX.		
8.2.- DOS CIRCUITOS DE PACIENTE NEONATAL REUSABLES LIBRES DE LÁTEX (INCLUYE ADAPTADORES, CONECTORES Y TRAMPAS DE AGUA) O DIEZ CIRCUITOS DESECHABLES LIBRES DE LÁTEX.		
8.3.- TRES MASCARILLAS REUSABLES LIBRES DE LÁTEX DE TAMAÑOS GRANDE, MEDIANO Y CHICO, UNA DE CADA TAMAÑO. CON ARNÉS O SUJETADOR.		
8.4.- DOS CÁMARAS DE HUMIDIFICACIÓN REUSABLES O DIEZ DESECHABLES ADULTO/PEDIÁTRICA.		
8.5.- DOS CÁMARAS DE HUMIDIFICACIÓN REUSABLES NEONATALES O DIEZ DESECHABLES.		
8.6.- DOS SENSORES DE TEMPERATURA.		
8.7.- DOS FILTROS DE BACTERIAS REUSABLES.		
9.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.941.0980	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
VENTILADOR ADULTO-PEDIÁTRICO-NEONATAL		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>10.- GARANTÍA:</b>	
10.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>11.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
11.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
11.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>12.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
12.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
12.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
12.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>13.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
13.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
13.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS	
13.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
13.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
13.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
13.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES	
13.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
13.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
<b>14.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
14.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
14.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	
14.3. EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GARCÍA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA						
ÁREA REQUIRENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA				PARTIDA:
CLAVE		531.941.0279				CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO						MARCA:
VENTILADOR DE TRASLADO PEDIÁTRICO – ADULTO						MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	REGISTRO SANITARIO O DOF:
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	10	CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO ELECTROMECÁNICO PORTÁTIL CONTROLADO POR MICROPROCESADOR CON BATERÍA INTERNA, DE SOPORTE DE VIDA PARA APOYO VENTILATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS QUE TIENEN COMPROMETIDA LA FUNCIÓN RESPIRATORIA Y REQUIEREN TRASLADOS INTRA O EXTRA-HOSPITALARIOS, EN TODO TIPO DE AMBULANCIAS O EN SITIOS DE EMERGENCIA.		
1.- PANTALLA INTERCONSTRUIDA:		
1.1.- TIPO LCD, LCD-TFT O TFT O LED.		
1.2.- A COLOR.		
1.3.- TAMAÑO DE 5.7" O MAYOR.		
1.4.- CONFIGURABLE POR EL USUARIO.		
2.- CARACTERÍSTICAS GENERALES:		
2.1.- MEZCLADOR DE AIRE-OXÍGENO INTERNO O INTEGRADO Y DE LA MISMA MARCA.		
2.2.- MONITOREO DE FIO2 INTERNO.		
2.3.- SENSOR DE FLUJO REUSABLE.		
2.4.- COMPENSACIÓN AUTOMÁTICA DE LA ALTITUD.		
2.5.- DURACIÓN DE LA BATERÍA DE RESPALDO (EXTERNA Y/O INTERNA) DE 4 HORAS COMO MÍNIMO.		
2.6.- TIEMPO DE RECARGA DE LA BATERÍA DE 5 HORAS COMO MÁXIMO.		
2.7.- ASA Y SOPORTE PARA CAMILLA.		
2.8.- TODO EL SISTEMA EN IDIOMA ESPAÑOL.		
2.9.- PERILLA SELECTORA PARA EL AJUSTE DE LOS VALORES DE TODOS LOS PARÁMETROS DE CONTROL.		
2.10.- PESO NO MAYOR DE 7 KG INCLUIDA BATERÍA.		
3.- CONTROL DE PARÁMETROS DE:		
3.1.- VOLUMEN CORRIENTE QUE CUBRA EL RANGO DE 50 A 2000 ML, COMO MÍNIMO.		
3.2.- FLUJO INSPIRATORIO DE 100 L/MIN O MAYOR.		
3.3.- PRESIÓN INSPIRATORIA QUE CUBRA EL RANGO DE 5 A 60 CMH2O, COMO MÍNIMO.		
3.4.- FRECUENCIA RESPIRATORIA QUE CUBRA EL RANGO DE 2 A 60 RESPIRACIONES POR MINUTO, COMO MÍNIMO.		
3.5.- TIEMPO INSPIRATORIO QUE CUBRA EL RANGO DE 0.3 A 3 SEGUNDOS, COMO MÍNIMO.		
3.6.- FIO2 QUE CUBRA EL RANGO DE 40 A 100 %, COMO MÍNIMO.		
3.7.- PEEP/CPAP QUE CUBRA EL RANGO DE 0 A 20 CMH2O, COMO MÍNIMO.		
3.8.- PRESIÓN SOPORTE (PSV), PRESIÓN ASISTIDA O ASB QUE CUBRA EL RANGO DE 0 A 35 CMH2O, COMO MÍNIMO.		
3.9.- CON OPCIÓN MESETA INSPIRATORIA, DE PLATEAU O PAUSA INSPIRATORIA.		
3.10.- RESPIRACIÓN MANUAL.		
3.11.- SENSIBILIDAD ESPIRATORIA O TERMINACIÓN DE LA FASE INSPIRATORIA.		
3.12.- AJUSTE DE RAMPA DE PRESIÓN, RISE TIME, RETARDO INSPIRATORIO, RAMPA, O INCREMENTO DE LA PENDIENTE DE PRESIÓN.		
3.13.- 100% DE O2 DURANTE 2 MINUTOS O MÁS.		
3.14.- MECANISMO DE DISPARO O TRIGGER POR FLUJO Y/O POR PRESIÓN.		
4.- MODOS VENTILATORIOS:		
4.1.- VENTILACIÓN ASISTO CONTROLADA Y SIMV CONTROLADA POR VOLUMEN.		
4.2.- VENTILACIÓN ASISTO CONTROLADA Y SIMV CONTROLADA POR PRESIÓN.		
4.3.- VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE (SIMV) CON PRESIÓN SOPORTE.		
4.4.- PRESIÓN SOPORTE (PSV) O PRESIÓN ASISTIDA O ASB.		
4.5.- CPAP O ESPONTÁNEO CON LÍNEA DE BASE ELEVADA.		





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	CLAVE	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
VENTILADOR DE TRASLADO PEDIÁTRICO – ADULTO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
4.6.- RESPALDO EN CASO DE APNEA DE ACUERDO AL MODO VENTILATORIO, POR VOLUMEN O PRESIÓN.		
4.7.- VENTILACIÓN NO INVASIVA.		
5.- PARÁMETROS MONITORIZADOS:		
5.1.- PRESIÓN INSPIRATORIA PICO O MÁXIMA.		
5.2.- PRESIÓN MEDIA EN VÍAS AÉREAS.		
5.3.- PRESIÓN DE MESETA O PLATEAU.		
5.4.- VOLUMEN CORRIENTE INSPIRADO Y ESPIRADO.		
5.5.- VOLUMEN MINUTO.		
5.6.- PEEP.		
5.7.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.		
5.8.- RELACIÓN I:E.		
5.9.- TIEMPO INSPIRATORIO (S).		
5.10.- FIO2.		
5.11.- CÁLCULO DE DISTENSIBILIDAD Y/O RESISTENCIA.		
5.12.- INDICADOR DE HORAS DE USO.		
5.13.- INDICADOR DEL ESTADO DE LA BATERÍA DE RESPALDO EN USO.		
5.14.- DESPLIEGUE DE AL MENOS 2 DE LAS 3 CURVAS DE VENTILACIÓN DE FORMA SIMULTÁNEA:		
5.14.1.- VOLUMEN TIEMPO.		
5.14.2.- FLUJO-TIEMPO.		
5.14.3.- PRESIÓN-TIEMPO.		
6.- ALARMAS:		
6.1.- AUDIBLES Y VISUALES.		
6.2.- PRESIÓN INSPIRATORIA ALTA Y BAJA.		
6.3.- PEEP BAJO O DESCONEXIÓN DEL PACIENTE.		
6.4.- APNEA.		
6.5.- VOLUMEN MINUTO Y/O CORRIENTE (ALTO Y BAJO).		
6.6.- FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA.		
6.7.- FIO2 ALTA Y BAJA.		
6.8.- BAJA PRESIÓN DEL SUMINISTRO DE GASES.		
6.9.- FALTA DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.		
6.10.- BATERÍA BAJA.		
6.11.- VENTILADOR INOPERANTE, FALLA DEL VENTILADOR, FALLA TÉCNICA O FALLA DE CICLO.		
6.12.- SILENCIO DE ALARMA.		
6.13.- PROGRAMACIÓN AUTOMÁTICA DE ALARMAS.		
7.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
7.1.- MANGUERA PARA SUMINISTRO DE GAS DE ACUERDO AL CÓDIGO AMERICANO DE COLORES: O2.- VERDE.		
7.2.- BASE RODABLE CON BRAZO DE SOPORTE Y ADAPTADOR PARA COLOCAR EL TANQUE DE OXÍGENO.		
7.3.- PULMÓN DE PRUEBA ADULTO Y PEDIÁTRICO.		
7.4.- TANQUE DE OXÍGENO Y CONEXIÓN DE ALTA PRESIÓN.		
7.5.- CABLE PARA CONEXIÓN A DC PARA AMBULANCIA.		
8.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
8.1.- CINCO CIRCUITOS DE PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO REUSABLES LIBRES DE LÁTEX (INCLUYE ADAPTADORES, CONECTORES Y TRAMPAS DE AGUA).		
8.2.- CINCO CIRCUITOS DESECHABLES LIBRES DE LÁTEX PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO (INCLUYE ADAPTADORES Y CONECTORES).		
8.3.- DOS SENSORES DE FLUJO DE ADULTO Y DOS SENSORES DE FLUJO PEDIÁTRICO, EN CASO DE QUE LA TECNOLOGÍA ASÍ LO REQUIERA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	CANTIDAD:
CLAVE	531.941.0279	MARCA:
NOMBRE GENÉRICO		MODELO:
VENTILADOR DE TRASLADO PEDIÁTRICO – ADULTO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
		CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
8.4.- DIEZ NARICES ARTIFICIALES / FILTRO HME (INTERCAMBIADOR DE HUMEDAD Y TEMPERATURA) PARA USO PEDIÁTRICO / ADULTO.		
8.5.- DIEZ MASCARILLAS DESECHABLES LIBRES DE LÁTEX PARA VENTILACIÓN NO INVASIVA, ADULTO Y PEDIÁTRICO		
8.6.- CINCO CELDAS O SENSORES DE OXÍGENO DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.		
9.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>10.- GARANTÍA:</b>	
10.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
<b>11.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>	
11.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
11.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>12.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>	
12.1 LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
12.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
12.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
<b>13.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
13.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
13.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.	
13.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
13.1.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
13.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
13.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES	
13.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
13.2.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
<b>14.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
14.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
14.2.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	
14.3. EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	

ELABORÓ	AUTORIZÓ
L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES	DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA			PARTIDA:
CLAVE		531.941.0048			CANTIDAD:
NOMBRE GENÉRICO					MARCA:
VENTILADOR NEONATAL PARA CUIDADOS INTENSIVOS					MODELO:
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERQ 2023	43790	53101		EQUIPO	1
					REGISTRO SANITARIO O DOF:
					CERTIFICADOS DE CALIDAD:

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
EQUIPO ELECTROMECÁNICO CONTROLADO POR MICROPROCESADOR, DE SOPORTE DE VIDA PARA APOYO VENTILATORIO EN PACIENTES NEONATALES QUE TIENEN COMPROMETIDA LA FUNCIÓN RESPIRATORIA. CON PANTALLA A COLOR QUE MUESTRE GRÁFICAS, DATOS NUMÉRICOS, ALARMAS PRIORIZADAS EN TIEMPO REAL Y LOS DIFERENTES MODOS VENTILATORIOS SELECCIONADOS PARA UN ADECUADO TRATAMIENTO.		
1.- PANTALLA INTERCONSTRUIDA:		
1.1.- TIPO LCD, LCD-TFT O TFT O LED.		
1.2.- A COLOR.		
1.3.- TAMAÑO 12" O MAYOR.		
1.4.- CONFIGURABLE POR EL USUARIO.		
2.- CARACTERÍSTICAS GENERALES:		
2.1.- MEZCLADOR DE AIRE-OXÍGENO INTERNO O INTEGRADO Y DE LA MISMA MARCA.		
2.2.- MONITOREO DE FIO2 INTERNO.		
2.3.- SENSOR DE FLUJO REUSABLE		
2.4.- CON SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FUGAS.		
2.5.- HUMIDIFICADOR SERVOCONTROLADO PARA USO CON CALENTADOR DE TUBO SENCILLO O DUAL; CON SENSOR DE TEMPERATURA SENCILLO O DUAL DE SOPORTE AL VENTILADOR.		
2.6.- SALIDA PARA NEBULIZADOR SINCRÓNICO, NEBULIZADOR ULTRASÓNICO O ELÉCTRICO.		
2.7.- CON SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FUGAS.		
2.8.- PERILLA SELECTORA PARA EL AJUSTE DE LOS VALORES DE TODOS LOS PARÁMETROS DE CONTROL.		
3.- CONTROL DE PARÁMETROS DE:		
3.1.- FLUJO INSPIRATORIO QUE CUBRA EL RANGO DE 2 A 30 L/MIN.		
3.2.- PRESIÓN INSPIRATORIA QUE CUBRA EL RANGO DE 5 A 70 cmH2O		
3.3.- FRECUENCIA RESPIRATORIA QUE CUBRA EL RANGO DE 1 A 150 RESPIRACIONES POR MINUTO.		
3.4.- TIEMPO INSPIRATORIO QUE CUBRA EL RANGO DE 0.1 A 2 SEGUNDOS		
3.5.- FIO2 QUE CUBRA EL RANGO DE 21 A 100 %.		
3.6.- PEEP/CPAP QUE CUBRA EL RANGO DE 0 A 25 cmH2O.		
3.7.- PRESIÓN SOPORTE (PSV), PRESIÓN ASISTIDA O ASB QUE CUBRA EL RANGO DE 10 A 50 CMH2O.		
3.8.- BIAS FLOW, FLUJO BASE O CONTINUO QUE CUBRA EL RANGO DE 2 A 30 L/MIN.		
3.9.- RESPIRACIÓN MANUAL.		
3.10.- SENSIBILIDAD ESPIRATORIA.		
3.11.- MECANISMO DE DISPARO O TRIGGER POR FLUJO Y POR PRESIÓN		
4.- MODOS VENTILATORIOS:		
4.1.- VENTILACIÓN ASISTO CONTROLADA (A/C).		
4.2.- VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE (SIMV) CON PRESIÓN SOPORTE.		
4.3.- PRESIÓN SOPORTE (PSV) O PRESIÓN ASISTIDA.		
4.4.- CPAP O ESPONTÁNEO CON LÍNEA DE BASE ELEVADA.		
4.5.- RESPALDO EN CASO DE APNEA.		
4.6.- CPAP CON FLUJO CONTINUO PARA VENTILACIÓN NO INVASIVA		
4.7.- CON VOLUMEN GARANTIZADO O VOLUMEN CONTROLADO O LIMITADO POR PRESIÓN.		
5.- PARÁMETROS MONITOREADOS:		
5.1.- PRESIÓN INSPIRATORIA PICO O MÁXIMA.		
5.2.- PRESIÓN MEDIA EN VÍAS AÉREAS.		
5.3.- PEEP O PRESION BASE.		
5.4.- FRECUENCIA RESPIRATORIA TOTAL.		
5.5.- VOLUMEN MINUTO TOTAL Y ESPONTÁNEA.		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.941.0048	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
VENTILADOR NEONATAL PARA CUIDADOS INTENSIVOS		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATÁLOGO, ETC.
5.6.- TIEMPO INSPIRATORIO Y ESPIRATORIO.		
5.7.- RELACIÓN I:E.		
5.8.- VOLUMEN CORRIENTE EXHALADO ESPONTÁNEO Y MANDATORIO.		
5.9.- FIO2.		
5.10.- MEDIDOR DE HORAS USO EN PANTALLA.		
5.11.- INDICADOR DE BATERÍA DE RESPALDO EN USO.		
5.12.- CÁLCULO DE DISTENSIBILIDAD ESTÁTICA Y DINÁMICA COMPLIANCE.		
5.13.- CÁLCULO DEL AUTOPEEP O PEEP TOTAL		
5.14.- CÁLCULO DE RESISTENCIA INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA.		
5.15.- DESPLIEGUE DE LAS 3 CURVAS DE VENTILACION DE FORMAS SIMULTANEAS:		
5.15.1.- VOLUMEN-TIEMPO.		
5.15.2.- FLUJO-TIEMPO.		
5.15.3.- PRESIÓN-TIEMPO.		
5.16.- DESPLIEGUE DE AL MENOS 2 LAZOS O LOOPS.		
5.17.- CAPACIDAD DE ALMACENAR EVENTOS RELACIONADOS CON LOS PARÁMETROS VENTILATORIOS SELECCIONADOS Y TENDENCIAS AL MENOS DE 20 DIAS.		
5.18.- CÁLCULO DE TRABAJO RESPIRATORIO		
5.19.- PORCENTAJE DE FUGAS.		
6.- ALARMAS:		
6.1.- AUDIBLES, VISUALES Y PRIORIZADAS EN TRES NIVELES.		
6.2.- PRESIÓN INSPIRATORIA ALTA Y BAJA.		
6.3.- PEEP BAJO O DESCONEXIÓN DEL PACIENTE.		
6.4.- APNEA.		
6.5.- VOLUMEN MINUTO ALTO Y BAJO.		
6.6.- VOLUMEN CORRIENTE ALTO Y BAJO.		
6.7.- FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA.		
6.8.- FIO2 ALTA Y BAJA.		
6.9.- BAJA PRESIÓN DEL SUMINISTRO DE GASES.		
6.10.- FALTA DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.		
6.11.- BATERÍA BAJA.		
6.12.- VENTILADOR INOPERANTE, FALLA DEL VENTILADOR, FALLA TÉCNICA O FALLA DE CICLO.		
6.13.- SILENCIO DE ALARMA.		
7.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
7.1.- BASE RODABLE COMPATIBLE Y DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO CON SISTEMA DE FRENO EN AL MENOS DOS RUEDAS.		
7.2.- BRAZO SOPORTE PARA CIRCUITO PACIENTE.		
7.3.- BATERÍA DE RESPALDO INTERNA O INTERCONSTRUIDA (DE LA MISMA MARCA), CON 200 MINUTOS DE RESPALDO COMO MÍNIMO		
7.4.- MANGUERAS PARA SUMINISTRO DE GAS DE ACUERDO AL CÓDIGO AMERICANO DE COLORES: O2 - VERDE, AIRE - AMARILLO; PUDIENDO SE AIRE Y OXÍGENO O SÓLO OXÍGENO, SEGÚN MARCA Y MODELO.		
7.5.- REGULADORES DE PRESIÓN INTEGRADOS PARA EL SUMINISTRO DE GASES.		
7.6.- DOS PULMONES DE PRUEBA NEONATAL		
7.7.- DOS CÁMARAS DE HUMIDIFICACIÓN REUSABLES O DIEZ DESECHABLES NEONATALES.		
7.8.- SISTEMA DE SUMINISTRO DE AIRE POR COMPRESOR GRADO MÉDICO INTERCONSTRUIDO O MODULAR DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO OFERTADO.		
8.- CONSUMIBLES INCLUIDOS:		
8.1.- DOS CIRCUITOS DE PACIENTE NEONATAL REUSABLES LIBRES DE LÁTEX (INCLUYE ADAPTADORES, CONECTORES Y TRAMPAS DE AGUA) O DIEZ CIRCUITOS DESECHABLES LIBRES DE LÁTEX.		
8.2.- DOS CELDA O SENSORES DE OXÍGENO DE ACUERDO A LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.		
8.3.- DOS SENSORES DE TEMPERATURA		

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





FICHA TÉCNICA		PARTIDA:
		CANTIDAD:
ÁREA REQUERENTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	MARCA:
CLAVE	531.941.0048	MODELO:
NOMBRE GENÉRICO		REGISTRO SANITARIO O DOF:
VENTILADOR NEONATAL PARA CUIDADOS INTENSIVOS		CERTIFICADOS DE CALIDAD:
ESPECIFICACIONES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO
8.4.- TRES FILTROS DE BACTERIAS DESECHABLE.		
8.5.- DOS FILTROS DE BACTERIAS REUSABLE		
9.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10%, 60 HZ		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS		DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
10.- GARANTÍA:		
10.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS.		
11.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:		
11.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.		
11.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
12.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:		
12.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.		
12.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).		
12.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.		
13.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:		
13.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
13.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS.		
13.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001		
13.1.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF.		
13.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:		
13.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES.		
13.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485		
13.2.4.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF		
14.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:		
14.1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.		
14.2.- EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.		
14.3.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.		
ELABORÓ L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO TECNOLÓGICO A HOSPITALES		AUTORIZÓ DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
		NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE



FICHA TÉCNICA					
ÁREA REQUERENTE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		PARTIDA:	
CLAVE		S/C		CANTIDAD:	
NOMBRE GENÉRICO				MARCA:	
VIDEOLARINGOSCOPIO				MODELO:	
ORIGEN DEL RECURSO	PROCESO	PARTIDA PRESUPUESTAL	UNIDAD APLICATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA
BONO CUPÓN CERO 2023	43790	53101		EQUIPO	2
				REGISTRO SANITARIO O DOF:	
				CERTIFICADOS DE CALIDAD:	

REFERENCIA EN MANUAL Y/O CATALOGO, ETC.

ESPECIFICACIONES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN OFERTADO	
DISPOSITIVO PARA LA OBSERVACIÓN DE LA LARINGE E INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL QUE PARA FACILITE LA INTUBACIÓN EN SITUACIONES DIFÍCILES Y PROPORCIONE UNA VISIÓN EN PANTALLA MEJORADA Y AUMENTADA DE LA GLOTIS, PARA ADMINISTRAR ANESTÉSICOS INHALATORIOS Y OXÍGENO.		
1.- PALA Y MANGO QUE PERMITA LA CONEXIÓN E ILUMINACIÓN DE UNA VIDEOCÁMARA DIGITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.		
2.- PERMITA UN AMPLIO ÁNGULO DE VISIÓN		
3.- CON SISTEMA DE ANTIEMPAÑAMIENTO		
4.- PANTALLA LCD O DE MAYOR TECNOLOGÍA PARA VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES AMPLIFICADAS.		
4.1.- CON TAMAÑO MÍNIMO DE 7 PULGADAS		
5.- CON TECLADO ERGONÓMICO PARA SU MANEJO O MAYOR TECNOLOGÍA		
6.- CUENTE CON BATERÍA RECARGABLE INTEGRADA DE AL MENOS 60 MINUTOS E INDICADOR DEL NIVEL DE CARGA		
7.- SISTEMA QUE PERMITA SU FÁCIL DESINFECCIÓN		
8.- SISTEMA DE PUERTO USB PARA TRANSFERENCIA DE DATOS		
9.- COMPATIBLE CON HOJAS REUTILIZABLES Y DESECHABLES		
10.- ACCESORIOS INCLUIDOS:		
11.- CON SOPORTE DE BASE DE REUDAS COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO.		
11.1.- HOJAS REUTILIZABLES DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO, CURVAS TRASLUCIDAS DE LOS MODELOS: 0,1,2,3 Y 4		
11.2.- MALETÍN PARA TRANSPORTE CON CABLES DE CONEXIÓN		
12.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V +/- 10% A 60 Hz.		

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
13.- GARANTÍA:	
13.1.- GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	
14.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:	
14.1.- DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.	
14.2.- DEBERÁ DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	
15.- INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:	
15.1.- LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.	
15.2.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (MÉDICOS, TÉCNICOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (ING. BIOMÉDICA Y MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC).	
15.3.- LAS CAPACITACIONES DEBERÁN DE REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN A LA PROPUESTA TÉCNICA, QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE





<b>FICHA TÉCNICA</b>		<b>PARTIDA:</b>
		<b>CANTIDAD:</b>
<b>ÁREA REQUIRENTE</b>	<b>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>MARCA:</b>
<b>CLAVE</b>	<b>S/C</b>	<b>MODELO:</b>
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>		<b>REGISTRO SANITARIO O DOF:</b>
<b>VIDEOLARINGOSCOPIO</b>		<b>CERTIFICADOS DE CALIDAD:</b>

ESPECIFICACIONES ADICIONALES SOLICITADAS	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS ADICIONALES OFERTADOS
<b>16.- NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>	
16.1.- PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
16.1.1.- CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS	
16.1.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
16.1.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
16.2.- PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:	
16.2.1.- CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES	
16.2.2.- CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485	
16.2.3.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF	
<b>17.- MANUALES DE OPERACIÓN Y SERVICIO:</b>	
17.1 - EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR POR EQUIPO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL DEL MANUAL.	
17.2 - EL SOFTWARE DEL EQUIPO DEBERA ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.	
17.3 - EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ DE ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL.	

ELABORÓ

L.A.E. PATRICIA GAONA HERNÁNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO  
TECNOLÓGICO A HOSPITALES

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
AUTORIZADO POR EL LICITANTE