

INFORME DE EVALUACIÓN

COT. CONVENIO MARCO ID: 5802381-0133KGGA

En Peñaflor, con fecha **30 de diciembre de 2025**, se procede a efectuar la evaluación del proceso de cotización **ID 5802381-0133KGGA**, publicado el 19.12.2025 en el portal de Mercado Público, bajo el Convenio Marco de “Mobiliario General”, asociado a las condiciones establecidas en la licitación ID 2239-4-LR25, correspondiendo al nombre de la propuesta a “Tres (3) catres clínicos eléctricos” conforme al siguiente detalle:

1. APERTURA DE LA COTIZACIÓN

La apertura electrónica del proceso en comento fue realizada el 30 de diciembre 2025 enviando los antecedentes para su evaluación al referente del área, el Encargado (S) de Equipos Médicos, don Alberto Viguera, quien procede a realizar la evaluación de las ofertas.

Las empresas participantes, corresponden a las siguientes:

Nº	Oferente	RUT	Cumplimiento límite presupuestario (\$16.500.000.-)	Estado de cumplimiento
1	STRYKER CORPORATION CHILE Y COMPAÑIA LIMITADA	78.874.470-6	16.499.997.-	Cumple
2	IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA	92.999.000-5	\$15.343.860.-	Cumple
3	PLUSMEDICAL SpA	76.520.087-3	\$14.601.300.-	Cumple
4	BLUEMEDICAL SPA	76.116.604-2	\$13.908.720.-	Cumple

2. ANALISIS DE ADMISIBILIDAD TÉCNICA

El análisis técnico de admisibilidad se realizó de acuerdo con lo establecido en las características acompañadas por el Hospital, obteniendo el siguiente resultado:

Nº	Oferente	Estado
1	STRYKER CORPORATION CHILE Y COMPAÑIA LIMITADA	El proveedor no cumple con lo requerido en especificaciones técnicas, según planilla adjunta.
2	IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA	Cumple con especificaciones técnicas
3	PLUSMEDICAL SpA	El proveedor no cumple con lo requerido en especificaciones técnicas, según planilla adjunta.
4	BLUEMEDICAL SPA	El proveedor no cumple con lo requerido en

		especificaciones técnicas, según planilla adjunta.
--	--	---

3. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de los criterios se realizó bajo el marco establecido en Bases de Licitación aprobadas para el Convenio Marco de Móbilario General, Resolución N°221-B de 2025, de la Dirección de Chile Compra, en su apartado 10.4.3 “Evaluación de las cotizaciones”.

De acuerdo con lo indicado en el documento antes citado, los criterios que se utilizaran para la presente evaluación son los siguientes:

Criterio de Evaluación	Ponderación	Aplicación del Criterio
Precio	50%	Puntaje = (precio mínimo entre oferentes/ precio oferente) * 100*0,5
Tiempo de Despacho	20%	<p>Donde:</p> $\text{Puntaje Despacho}_t = \frac{D_{max} - D_t}{D_{max} - D_{min}} \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> - D_t Corresponde al tiempo de despacho comprometido por el proveedor, en días corridos (u otra unidad si así lo define la solicitud). - D_{min} Corresponde al menor tiempo de despacho ofrecido entre todas las ofertas admisibles. - D_{max} Corresponde al mayor tiempo de despacho ofrecido entre todas las ofertas admisibles. <p>Demás reglas en Bases del CM.</p>
Proveedor Regional	10%	Se otorga 100 puntos si el domicilio se encuentra en la Región Metropolitana, de lo contrario el puntaje es 0.
Garantía	20%	<p>Donde:</p> $\text{Puntaje Garantía}_t = \frac{G_t}{G_{max}} \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> - G_t Cantidad de meses adicionales de garantía ofrecidos por el proveedor, por sobre el mínimo exigido en estas bases. - G_{max} Corresponde a la mayor cantidad de meses adicionales ofrecida entre todas las ofertas admisibles.

Precio (50%)

Proveedor	Oferta Económica	% obtenido	Ponderación
IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA	\$ 15.343.860	100,00	50,00

Tiempo de Despacho (20%)

Proveedor	Tiempo Ofrecido	% obtenido	Ponderación
IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA*	26	100,00	20,00

Proveedor Regional** (10%)

Proveedor	Oferta Económica	% obtenido	Ponderación
IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA	Región Metropolitana	100,00	10,00

**Según registro de proveedores



Garantía *** (20%)

Proveedor	Meses Ofrecidos	Meses adicionales de garantía	% obtenido	Ponderación
IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA	26	2	100,00	20,00

*** Garantía Mínima 24 meses

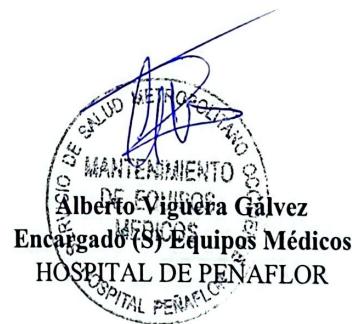
Cuadro Resumen

Proveedor	Precio (50%)	Tiempo de Despacho (20%)	Proveedor Regional (10%)	Garantía (20%)	Puntaje Final
IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA	50,00	20	10,00	20,00	100,00

4. PROPUESTA SELECCIONADA

Conforme el análisis de las ofertas, las cuales se encuentran detalladas en los puntos precedentes, se selecciona al proveedor, el que cumple con todos los requerimientos técnicos y económicos:

Proveedor	RUT	Puntaje obtenido	Monto Contratación (IVA inc)
IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED LTDA	92.999.000-5	100%	\$15.343.860.-



STORY KETZ

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	HOJA DE	OBSERVACIONES
1.1	Cama clínica eléctrica, rotatable con altura regulable.	OBLIGATORIO	✓		
1.2	Máxima longitud cama (sin extensión) < o = 220 cm (+/-2)	OBLIGATORIO	✓		
1.3	Extensión de cama de al menos 20 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.4	Máximo ancho de cama de < o = 99,5 cm	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.5	Ancho de base de descanso de > o = 90 cm	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.6	Largo de base de descanso de > o = 200 cm	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.7	Estructura de acero esmaltado con pintura epoxica.	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.8	Chasis, estructura, piezas, placa lavables y anticorrosivos	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.9	Sección de cabecera fija al movimiento de Trendelenburg y Trendelenburg	OBLIGATORIO	✓		
1.10	Barandas seccionadas con descenso controlada	OBLIGATORIO	✓		
1.11	Barandas laterales con comandos extremos. Inverso. Inclinación de Respaldo y Rodillas.	OBLIGATORIO	✓		
1.12	Barandas con diseño de agarre para ayudar a incorporarse	OBLIGATORIO	✓		
1.13	Barandas con altura superior a los 38 cm desde el techo.	OBLIGATORIO	✓		
1.14	Sistema de salida de paciente sin agaradera adicional.	OBLIGATORIO	✓		
1.15	Bloqueo de funciones ubicado en la exterior ubicado en las barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓		
1.16	Indicador de ancho de inclinación de respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓		
1.17	Indicador de ancho de inclinación de Respaldo en barandas inferiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓		
1.18	Camas con ruedas dobles > o = 6° de doble Giro.	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.20	Freno centralizado activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.21	Ruedas simples de alto tráfico direccional activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	✓		
1.22	Quinta rueda direccional central.	OBLIGATORIO	✓		
1.23	Mínimo cuadro receptaculos para porta sueros	OBLIGATORIO	✓		
1.24	Respaldo y placa removible de plástico ABS	OBLIGATORIO	✓		
1.25	Con comandos eléctricos solo en barandas laterales	OBLIGATORIO	✓		
1.26	Capacidad de soporte de paciente mayor o igual 250 kilos	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.27	Protección de pared con sistema de nueda gilatona de goma.	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.28	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabecera.	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
1.29	Función de salida pulsando un solo comando.	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
2	POSICIONES				
2.1	Elevación de respaldo de 0° a > 65°mínimo	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
2.2	Elevación de rodillas de 0° a > 28°,mínimo	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
2.3	Movimiento de pie vascular manual	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
2.4	Tren Trend/Reverso de 0° a 12°,mínimo	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
2.5	Altura mínima igual o menor a 40 cm	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
2.6	Altura máxima igual o mayor a 80 cm	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
3	ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA				
3.1	Tensión Eléctrica de 220-230 V	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
3.2	Frecuencia eléctrica de 50/60 Hz	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
3.3	Protección contra electrocución de Clase 1	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
3.4	Protección contra inmersión de agua IPX4	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
3.5	Con batería de respaldo con vida útil de 3 años (Adjuntar Documentación)	OBLIGATORIO	NO CUMPLE		
4	ACCESORIOS PARA CADA CATRE CLÍNICO				
4.1	Porta sueros regulable en altura con 2 o 4 ganchos	OBLIGATORIO	✓		
4.2	Cable de poder de alta calidad y resistencia con enchufe tipo L (tradicional en chile)	OBLIGATORIO	✓		
4.3	Porta bolsas de drenaje cada catre	OBLIGATORIO	✓		
5	COLCHON				
5.1	Colchones viscoelásticos. Densidades (Base de espuma de alta densida) Densidad mayor o igual a 50	OBLIGATORIO	✓		
5.2	Debe tener bordes con mayor densidad como apoyo al paciente al incorporarse	OBLIGATORIO	✓		
5.3	Cubierta impermeable, lavable desinfectable a soluciones cloradas de al menos 1000 ppm	OBLIGATORIO	✓		
5.4	Sellado a fluidos, orgánicos, contaminantes, y de limpieza	OBLIGATORIO	✓		
5.5	Colchon antiflama, libre de latex, antiestático.	OBLIGATORIO	✓		
5.6	Cubierta colchón lavable y desinfectable, resistente, removible, antibacterial y antifúngicos.	OBLIGATORIO	✓		
5.7	Altura sobre 14cm	OBLIGATORIO	✓		
5.8	Capacidad de soporte de peso no menor a 230 kg	OBLIGATORIO	✓		
6.1	Garantía por 24 meses	OBLIGATORIO	✓		

6.2	Certificado de servicio técnico autorizado por el fabricante	OBLIGATORIO	/	
6.3	Una (1) mantención preventiva anual sin costo durante la garantía	OBLIGATORIO	/	
CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA				
7.1	Producto debe entregarse operativo en el hospital	OBLIGATORIO	/	
7.2	Se consideran las capacitaciones de usuario y técnicas al personal que el hospital estime conveniente.	OBLIGATORIO	/	
7.3	Manuales de Operaciones Fisico	OBLIGATORIO	/	
7.4	Manuales de Operaciones en formato Digital	OBLIGATORIO	/	
7.5	Manuales Técnicos En formato digital en idioma Español	OBLIGATORIO	/	
NORMATIVAS				
8.1	IEC 60601-1 Ajustar certificado	OBLIGATORIO	/	
8.2	IEC 60601-2-52	OBLIGATORIO	/	
8.3	CE y/o FDA Adjuntar Certificados	OBLIGATORIO	/	



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	HOJA DE	OBSERVACIONES
1.1	Cama clínica eléctrica, rotable con altura regulable.	OBLIGATORIO	X		
1.2	Maxima longitud cama (sin extensión) <math>\theta = 220\text{ cm} (+/-2)	OBLIGATORIO	X		
1.3	Extensión de cama de al menos 20 cm	OBLIGATORIO	X		
1.4	Maximo ancho de cama ... de <math>\theta = 99,5\text{ cm}	OBLIGATORIO	X		
1.5	Ancho de base de descanso de >math>\theta = 90\text{ cm}	OBLIGATORIO	X		
1.6	Largo de base de descanso de >math>\theta = 200\text{ cm}	OBLIGATORIO	X		
1.7	Estructura de acero esmaltado con pintura epoxica.	OBLIGATORIO	X		
1.8	Chasis, estructura, piezas, placaera lavables y anticorrosivos.	OBLIGATORIO	X		
1.9	Sección de cabecera fija al movimiento de Trendelenburg y Trendelenburg	OBLIGATORIO	X		
1.10	Barandas seccionadas con desensco controlada	OBLIGATORIO	X		
1.11	Barandas laterales con comandos extremos. Inverso. Inclinación de respaldo y Rodillas.	OBLIGATORIO	X		
1.12	Barandas con diseño de agaradera para ayudar al paciente a incorporarse	OBLIGATORIO	X		
1.13	Barandas con altura superior a los 38 cm desde el lecho.	OBLIGATORIO	X		
1.14	Sistema de salida de paciente sin agaradera adicional.	OBLIGATORIO	X		
1.15	Bloqueo de funciones ubicado en cara exterior de barandas, activable con combinación de comandos.	OBLIGATORIO	X		
1.16	Indicador de angulo de inclinación de respaldo ubicado en las barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	X		
1.17	Indicador de angulo de inclinación de respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	X		
1.18	Cama con ruedas dobles >math>\theta = 6^\circ de doble giro.	OBLIGATORIO	X		
1.19	Freno centralizado activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	X		
1.20	Ruedas simples activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	X		
1.21	Quinta rueda direccional central.	OBLIGATORIO	X		
1.22	Minimo cuadro receptaculos para porta sueros	OBLIGATORIO	X		
1.23	Respaldo y pieleira removible de polimero ABS	OBLIGATORIO	X		
1.24	Con comandos eléctricos solo en barandas laterales	OBLIGATORIO	X		
1.25	Capacidad de soporte de paciente mayor o igual 250 kilos	OBLIGATORIO	X		
1.26	Protección de pared con sistema de rueda giratoria de goma.	OBLIGATORIO	X		
1.27	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabecera.	OBLIGATORIO	X		
1.28	Función de salida pulsando un solo comando.	OBLIGATORIO	X		
POSICIONES		OBLIGATORIO	X		
2.1	Elevación de respaldo de 0° a >math>\theta = 65^\circ minimo	OBLIGATORIO	X		
2.2	Elevación de rodillas de 0° a >math>\theta = 28^\circ minimo	OBLIGATORIO	X		
2.3	Movimiento de pie vascular manual	OBLIGATORIO	X		
2.4	Tren trend Reverso de 0° a 12° minimo	OBLIGATORIO	X		
2.5	Altura minima igual o menor a 40 cm	OBLIGATORIO	X		
2.6	Altura maxima igual o mayor a 80 cm	OBLIGATORIO	X		
ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA		OBLIGATORIO	X		
3.1	Tensión Eléctrica de 220-230 V	OBLIGATORIO	X		
3.2	Frecuencia eléctrica de 50/60 Hz	OBLIGATORIO	X		
3.3	Protección contra electricidad de Clase 1	OBLIGATORIO	X		
3.4	Protección contra ingreso de agua IPX4	OBLIGATORIO	X		
3.5	Con batería de respaldo con vida útil de 3 años (Adjuntar Documentación)	OBLIGATORIO	X		
ACCESORIOS PARA CADA CÁTRE CLÍNICO		OBLIGATORIO	X		
4.1	Porta sujetos regulable en altura con 2 o 4 ganchos.	OBLIGATORIO	X		
4.2	Cable de poder de alta calidad y resistencia con enchufe tipo L (tradicional en chile)	OBLIGATORIO	X		
COLCHON		OBLIGATORIO	X		
5.1	Colchones viscoelásticos. Densidades (Base de espuma de alta densidad con mayor densidad como apoyo al paciente al incorporarse. Densidad mayor o igual a 50	OBLIGATORIO	X		
5.2	Debe tener bordes con mayor densidad como apoyo al paciente al incorporarse.	OBLIGATORIO	X		
5.3	Colchón impermeable, lavable desinfectable a soluciones cloradas de al menos 1000 ppm	OBLIGATORIO	X		
5.4	Colchón antialérgico, orgánicos, contaminantes y de limpieza	OBLIGATORIO	X		
5.5	Colchón antialérgico, lavable y desinfectable, resistente, removible, antibacterial y antifúngicos.	OBLIGATORIO	X		
5.6	Capacidad de soporte de peso no menor a 230 kg	OBLIGATORIO	X		
5.7	Garantía por 24 meses	OBLIGATORIO	X		

Anexo 1

6.2	Certificado de servicio técnico autorizado por el fabricante	OBLIGATORIO	✓
6.3	Una (1) mantenimiento preventivo anual sin costo durante la garantía	OBLIGATORIO	
CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA			
7.1	Producto debe entregarse operativo en el hospital	OBLIGATORIO	✓
7.2	Se consideran las capacitaciones de usuario y técnicas al personal que el hospital estime conveniente.	OBLIGATORIO	✓
7.3	Manual de Operaciones Físico	OBLIGATORIO	✓
7.4	Manual de Operaciones en formato Digital	OBLIGATORIO	✓
7.5	Manual Técnico En formato digital en idioma Español	OBLIGATORIO	✓
NORMATIVAS			
8.1	Recibido: Anotar en certificado	OBLIGATORIO	✓
8.2	Recibido: Anotar en certificado	OBLIGATORIO	✓
8.3	CE y/o FDA Adjuntar Certificados	OBLIGATORIO	✓



Alfonso Medina

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	HOJA DE	OBSERVACIONES
1.1	Cama clínica eléctrica, reclinable con altura regulable.	OBLIGATORIO	✓		
1.2	Máxima longitud cama (sin extensión) < o = 220 cm (+/-2)	OBLIGATORIO	✓		
1.3	Extensión de cama de al menos 20 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.4	Máximo ancho de cama de < o = 99,5 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.5	Ancho de base de descanso de > o = 90 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.6	Largo de base de descanso de > o = 200 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.7	Estructura de acero estamillado con pintura epoxita.	OBLIGATORIO	✓		
1.8	Chasis, estructura, piezas, placa lavables y anticorrosivos	OBLIGATORIO	✓		
1.9	Sección de cabecera fija al movimiento de Trendelenburg y Trendelenburg	OBLIGATORIO	✓		
1.10	Barandas seccionadas con descenso controlada	OBLIGATORIO	✓		
1.11	Barandas laterales con comandos externos, Inverso, Inclinación de Respaldo y Rodillas.	OBLIGATORIO	✓		
1.12	Barandas con diseño de agaradera para ayudar al paciente a incorporarse	OBLIGATORIO	✓		
1.13	Barandas con altura superior a los 38 cm desde el lecho.	OBLIGATORIO	✓		
1.14	Sistema de salida de paciente sin agaradera adicional.	OBLIGATORIO	✓		
1.15	Bloqueo de funciones ubicado en cama exterior de barandas, activable con combinación de comandos.	OBLIGATORIO	✓		
1.16	Indicador de aniquio de inclinación de respaldo ubicado en las barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓		
1.17	Indicador de aniquio de inclinación de respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en	OBLIGATORIO	✓		
1.18	Cama con ruedas dobles > o = 6° de doble giro.	OBLIGATORIO	✓		
1.19	Freno centralizado activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	✓		
1.20	Ruedas simples de alto tráfico direccional activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	✓		
1.21	Quinta rueda direccional central	OBLIGATORIO	✓		
1.22	Minimo custio receptaculos para porta sujetos	OBLIGATORIO	✓		
1.23	Respaldo y piezas removible de polímero ABS	OBLIGATORIO	✓		
1.24	Con comandos eléctricos solo en barandas laterales	OBLIGATORIO	✓		
1.25	Capacidad de soporte de paciente mayor o igual 250 kilos	OBLIGATORIO	✓		
1.26	Protección de pared con sistema de rueda giro de goma.	OBLIGATORIO	✓		
1.27	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabecera.	OBLIGATORIO	✓		
1.28	Función de salida pulsando un solo comando.	OBLIGATORIO	✓		
2.1	POSICIONES	OBLIGATORIO	✓		
2.2	Elevación de respaldo de 0° a > 65° mínimo	OBLIGATORIO	✓		
2.3	Movimiento de rodillas de 0° a > 28°, mínimo	OBLIGATORIO	✓		
2.4	Movimiento de pie vascular manual	OBLIGATORIO	✓		
2.5	Tren/aire Reverso de 0° a 12°, mínimo	OBLIGATORIO	✓		
2.6	Altura mínima igual o menor a 40 cm	OBLIGATORIO	✓		
2.7	Altura máxima igual o mayor a 80 cm	OBLIGATORIO	✓		
3.1	ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA	OBLIGATORIO	✓		
3.2	Tensión Eléctrica de 220-230 V	OBLIGATORIO	✓		
3.3	Frecuencia eléctrica de 50/60 Hz	OBLIGATORIO	✓		
3.4	Protección contra electricidad de Clase 1	OBLIGATORIO	✓		
3.5	Protección contra ingreso de agua IPX4	OBLIGATORIO	✓		
4.1	ACCESORIOS PARA CADA CÁTRE CLÍNICO	OBLIGATORIO	✓		
4.2	Faja sujetos regulable en altura con 2 o 4 ganchos.	OBLIGATORIO	✓		
4.3	Cable de poder de alta calidad y resistencia con enchufe tipo L (tradicional en chile)	OBLIGATORIO	✓		
5.1	COLCHON	OBLIGATORIO	✓		
5.2	Colchones viscoelásticos. Densidades (Base de espuma de alta densidad) Densidad mayor o igual a 50	OBLIGATORIO	✓		
5.3	Debe tener bordes con mayor densidad como apoyo al paciente al incorporarse	OBLIGATORIO	✓		
5.4	Cubierta impermeable, lavable, desinfectable a soluciones cloradas de al menos 1000 ppm	OBLIGATORIO	✓		
5.5	Sellado a fluidos, orgánicos, contaminantes, y de limpieza	OBLIGATORIO	✓		
5.6	Colchon antiflama, libre de latex, antiescástico	OBLIGATORIO	✓		
5.7	Altura sobre 14cm	OBLIGATORIO	✓		
5.8	Capacidad de soporte de peso no menor a 230 kg	OBLIGATORIO	✓		
6.1	SERVICIOS POST VENTA	OBLIGATORIO	✓		
	Garantía por 24 meses	OBLIGATORIO	✓		

Por favor enviar el sistema de respaldo y la cabecera a la tienda

6.2	Certificado de servicio técnico, autorizado por el fabricante	OBLIGATORIO	/	
6.3	Una (1) mantenimiento preventiva anual sin costo durante la garantía	OBLIGATORIO	/	
CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA				
7.1	Producto debe entregarse operativo en el hospital	OBLIGATORIO	/	
7.2	Se consideran las capacitaciones de usuario y técnicas al personal que el hospital estime conveniente.	OBLIGATORIO	/	
7.3	Manual de Operaciones Físico	OBLIGATORIO	/	
7.4	Manual de Operaciones en formato Digital	OBLIGATORIO	/	
7.5	Manual Técnico En formato digital en idioma Español	OBLIGATORIO	/	
NORMATIVAS				
6.1	IEC 60601-1 Adjuntar certificado	OBLIGATORIO	/	
6.2	IEC60601-2-52	OBLIGATORIO	/	
6.3	CE y/o FDA Adjuntar Certificados	OBLIGATORIO	/	



CARACTERÍSTICAS GENERALES		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	HOJA DE	OBSERVACIONES
1.1	Cama clínica eléctrica, rodable con altura regulable.	OBLIGATORIO	✓		
1.2	Maxima longitud cama (sin extensión) < o = 220 cm (+2)	OBLIGATORIO	✓		
1.3	Extensión de cama de al menos 20 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.4	Maximo ancho de cama de < o = 99,5 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.5	Ancho de base de descanso de > o = 90 cm	OBLIGATORIO	✓		
1.6	Largo de base de descanso de > o = 200 cm	OBLIGATORIO	✓		No cumple
1.7	Estructura de acero esmaltado con pintura epoxica.	OBLIGATORIO	✓		
1.8	Chasis, estructura, piezas, placa la vables y anticorrosivos	OBLIGATORIO	✓		
1.9	Sección de cabecera fija al movimiento de Tredelembur y Tredelembur	OBLIGATORIO	✓		
1.10	Barandas seccionadas con desensos controladas	OBLIGATORIO	✓		
1.11	Barandas laterales con comandos extemos. Inverso. Inclinación de Respaldo y Rodillas.	OBLIGATORIO	✓		No cumple
1.12	Barandas con diseño de acamadera para ayudar al paciente a incorporarse	OBLIGATORIO	✓		
1.13	Barandas con altura superior a los 38 cm desde el lecho.	OBLIGATORIO	✓		
1.14	Sistema de salida de paciente sin acamadera adicional.	OBLIGATORIO	✓		
1.15	Bloqueo de funciones ubicado en cara exterior de barandas, activable con combinación de comandos.	OBLIGATORIO	✓		
1.16	Indicador de aniquillo de inclinación de respaldo ubicado en las barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓		
1.17	Indicador de aniquillo de inclinación de respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓		
1.18	Indicador de aniquillo de inclinación de Respaldo en barandas inferiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓		
1.19	Cama con ruedas dobles > o = 6° de doble Giro.	OBLIGATORIO	✓		
1.20	Freno centralizado activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	✓		
1.21	Ruedas simples de alto tráfico direccional activable desde palanca a los pies de la cama	OBLIGATORIO	✓		
1.22	Quinta rueda direccional central.	OBLIGATORIO	✓		
1.23	Mínimo cuatro recubrimientos para porta sueros	OBLIGATORIO	✓		
1.24	Respaldo y piecera removible de polímero ABS	OBLIGATORIO	✓		
1.25	Con comandos eléctricos solo en barandas laterales	OBLIGATORIO	✓		
1.26	Capacidad de soporte de paciente mayor o igual 250 kilos	OBLIGATORIO	✓		
1.27	Protección de pared con sistema de rueda giratoria de 360 grados	OBLIGATORIO	✓		
1.28	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabecera.	OBLIGATORIO	✓		
2	POSICIONES		OBLIGATORIO	✓	
2.1	Elevación de respaldo de 0° a > 65° mínimo	OBLIGATORIO	✓		
2.2	Elevación de rodillas de 0° a > 28° mínimo	OBLIGATORIO	✓		
2.3	Movimiento de rodillas de 0° a > 28° mínimo	OBLIGATORIO	✓		
2.4	Tren/Stand Reposo de 0° a 12° mínimo	OBLIGATORIO	✓		
2.5	Altura mínima igual o menor a 40 cm	OBLIGATORIO	✓		
2.6	Altura máxima igual o mayor a 80 cm	OBLIGATORIO	✓		
3	ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA		OBLIGATORIO	✓	No cumple
3.1	Tensión Eléctrica de 220-230V	OBLIGATORIO	✓		
3.2	Frecuencia eléctrica de 50/60 Hz	OBLIGATORIO	✓		
3.3	Protección contra electrocución de Clase 1	OBLIGATORIO	✓		
3.4	Protección contra ingreso de agua IPX4	OBLIGATORIO	✓		
3.5	Con batería de respaldo con vida útil de 3 años (Adjuntar Documentación)	OBLIGATORIO	✓		
4	ACCESORIOS PARA CADA CATRE CLÍNICO		OBLIGATORIO	✓	
4.1	Funda sueros regulable en altura con 2 o 4 ganchos	OBLIGATORIO	✓		
4.2	Grado de poder del alia calidad y resistencia con enchufe tipo L (tradicional en chile)	OBLIGATORIO	✓		
4.3	Entira bolas de drenaje cada catre	OBLIGATORIO	✓		
5	COLCHON		OBLIGATORIO	✓	
5.1	Colchones viscoelásticos. Densidades (Base de espuma de alta densidad) Densidad mayor o igual a 50	OBLIGATORIO	✓		
5.2	Debe tener bordes con mayor densidad como apoyo al paciente al incorporarse.	OBLIGATORIO	✓		
5.3	Cubierta impermeable, la vtable desinfectable a soluciones cloradas de al menos 1000 ppm	OBLIGATORIO	✓		
5.4	Sellado a fluidos orgánicos, contaminantes y de limpieza	OBLIGATORIO	✓		
5.5	Colchon antiflama, libre de latex antiesfático	OBLIGATORIO	✓		
5.6	Cubierta colchon lavable y desinfectable, resistente, removible, antibacterial y antifungicos.	OBLIGATORIO	✓		
5.7	Altura sobre 140cm	OBLIGATORIO	✓		
5.8	Capacidad de soporte de peso no menor a 230 kg	OBLIGATORIO	✓		
6	SERVICIOS POST VENTA		OBLIGATORIO	✓	
6.1	Garantía por 24 meses	OBLIGATORIO	✓		

6.2	Certificado de servicio técnico, autorizado por el fabricante	OBLIGATORIO	✓	
6.3	Una (1) mantenimiento preventivo anual sin costo durante la garantía	OBLIGATORIO	✓	
CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA				
7.1	Producto debe entregarse operativo en el hospital	OBLIGATORIO	✓	
7.2	Se consideran las capacitaciones de usuario y técnicas al personal que el hospital estime conveniente.	OBLIGATORIO	✓	
7.3	Manual de Operaciones Físico	OBLIGATORIO	✓	
7.4	Manual de Operaciones en formato Digital	OBLIGATORIO	✓	
7.5	Manual Técnico En formato digital en idioma Español	OBLIGATORIO	✓	
NORMATIVAS				
8.1	IEC60601. Adjuntar certificado	OBLIGATORIO	✓	
8.2	IEC60601-2-52	OBLIGATORIO	✓	
8.3	Carta FDA Adjuntar Certificados	OBLIGATORIO	✓	

