

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 COMPANIA 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. ANÁLISIS 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 COMPANIA 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 Mobiliario 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 utilizarán 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%	$Puntaje\ Despacho_i = \frac{D_{max} - D_i}{D_{max} - D_{min}} \times 100$ <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D_i 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%	$Puntaje\ Garantía_i = \frac{G_i}{G_{max}} \times 100$ <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - G_i 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.-


Alberto Viguera Gálvez
 Encargado (S) Equipos Médicos
 HOSPITAL DE PENAFLORES

STIRYKEE

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES				
1		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1.1	Cama clínica eléctrica, rodable con altura regulable.	OBLIGATORIO	✓	
1.2	Máxima longitud cama (sin extensión) < 0 = 220 cm (+/-2)	OBLIGATORIO	✓	
1.3	Extensión de cama de al menos 20 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.4	Máximo ancho de cama de < 0 = 99.5 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.5	Ancho de base de descanso de > 0 = 90 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.6	Largo de base de descanso de > 0 = 200 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.7	Estructura de acero esmaltado con pintura epóxica.	OBLIGATORIO	✓	
1.8	Chasis, estructura, piezas, plegadera lavables y anticorrosivos	OBLIGATORIO	✓	
1.9	Sección de cabezera fija al movimiento de Trendelenburg	OBLIGATORIO	✓	
1.10	Barandas laterales con descenso controlada	OBLIGATORIO	✓	
1.11	Barandas laterales con comandos externos, Inverso, Inclínación de Respaldo y Rodillas.	OBLIGATORIO	✓	
1.12	Barandas con diseño de agarredera 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 agarredera adicional.	OBLIGATORIO	✓	
1.15	Bloqueo de funciones ubicado en cara exterior de barandas, activable con combinación de comandos.	OBLIGATORIO	✓	
1.16	Indicador de ángulo de inclinación de respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.17	Indicador de ángulo de inclinación de Respaldo Inverso en barandas inferiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.18	Indicador de ángulo de inclinación de Reverso en barandas inferiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.19	Cama con ruedas dobles > 0 = 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 receptáculos para porta sueros	OBLIGATORIO	✓	
1.24	Respaldo y plegadera 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 goma.	OBLIGATORIO	✓	
1.28	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabezera.	OBLIGATORIO	✓	
1.29	Función de salida pulsando un solo comando.	OBLIGATORIO	✓	
2	POSICIONES			
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 pie vascular manual	OBLIGATORIO	✓	
2.4	Tren/Trend Reverso 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			
3.1	Tensión Eléctrica de 220-230 V	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			
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 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, 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 antiulcera, libre de latex, antistático.	OBLIGATORIO	✓	
5.6	Cubierta colchon 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	SERVICIOS POST VENTA			
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	✓		
7	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 Físico	OBLIGATORIO	✓		
7.4	Manuales de Operaciones en formato Digital	OBLIGATORIO	✓		
7.5	Manual Técnico En formato digital en idioma Español	OBLIGATORIO	✓		
8	NORMATIVAS				
8.1	REC 60001 Adjuntar certificado	OBLIGATORIO	✓		
8.2	ISO 9001:2015	OBLIGATORIO	✓		
8.3	DE y/o FDA Adjuntar Certificados	OBLIGATORIO	✓		



Amor Nuss

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES								
		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	HOJA DE	OBSERVACIONES			
1.1	Cama clínica eléctrica, rodable 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 esmaltado con pintura epoxica.	OBLIGATORIO	✓					
1.8	Chasis, estructura, piezas, piecera lavables y anticorrosivos	OBLIGATORIO	✓					
1.9	Sección de cabezera fija al movimiento de Trendelenburg y Trendelenburg	OBLIGATORIO	✓					
1.10	Barandas seccionadas con descenso controlada	OBLIGATORIO	✓					
1.11	Barandas laterales con comandos externos, Inverso, Inclination 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 cara exterior de barandas, activable con combinación de comandos.	OBLIGATORIO	✓					
1.16	Indicador de angulo de inclinación de respaldo ubicado en las barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓					
1.17	Indicador de angulo de inclinación de respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓					
1.18	Indicador de angulo de inclinación de Reverso 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 receptáculos 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 goma.	OBLIGATORIO	✓					
1.28	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabezera.	OBLIGATORIO	✓					
1.29	Función de salida pulsando un solo comando.	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 pie vascular manual	OBLIGATORIO	✓					
2.4	Tren/Trend Reverso 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	ALIMENTACION ELÉCTRICA	OBLIGATORIO	✓					
3.1	Tensión Eléctrica de 220-230 V	OBLIGATORIO	✓					
3.2	Frecuencia eléctrica de 50/60 Hz	OBLIGATORIO	✓					
3.3	Protección contra electrocución de Clase 1	OBLIGATORIO	✓					
3.4	Con batería de respaldo con vida útil de 3 años (Adjuntar Documentación)	OBLIGATORIO	✓					
3.5	ACCESORIOS PARA CADA CATEGORÍA CLÍNICA	OBLIGATORIO	✓					
4	Porta sueros regulable en altura con 2 o 4 ranchos.	OBLIGATORIO	✓					
4.1	Cable de poder de alta calidad y resistencia con enchufe tipo L (tradicional en Chile)	OBLIGATORIO	✓					
4.2	Porta bolsas de drenaje cada calibre	OBLIGATORIO	✓					
4.3	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, lavable desinfectable a soluciones cloradas de al menos 1000 ppm	OBLIGATORIO	✓					
5.4	Sellado a fluidos, orgánicos, contaminantes, y de limpieza	OBLIGATORIO	✓					
5.5	Cubierta antiñama, libre de latex, antiespástico.	OBLIGATORIO	✓					
5.6	Altura sobre 14cm	OBLIGATORIO	✓					
5.7	Capacidad de soporte de peso no menor a 230 kg	OBLIGATORIO	✓					
5.8	SERVICIOS POST VENTA	OBLIGATORIO	✓					
6	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	✓		
7	CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA				
7.1	Producto debe entregarse operativo en el hospital	OBLIGATORIO	✓		
7.2	Se consideren 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	✓		
8	NORMATIVAS				
8.1	IEC 60601: Agregar certificado	OBLIGATORIO	✓		
8.2	IEC 60601-1-2:52	OBLIGATORIO	✓		
8.3	CE y/o FDA Agregar Certificados	OBLIGATORIO	✓		



Plus Medica

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES				
		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1.1	Cama clínica eléctrica, rodable con altura regulable.	OBLIGATORIO	✓	
1.2	Máxima longitud cama (sin extensión) < 0 = 220 cm (+/-2)	OBLIGATORIO	✓	
1.3	Extensión de cama de al menos 20 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.4	Máximo ancho de cama de < 0 = 99,5 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.5	Ancho de base de descanso de > 0 = 90 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.6	Largo de base de descanso de > 0 = 200 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.7	Estructura de acero esmaltado con pintura epoxica.	OBLIGATORIO	✓	
1.8	Chasis, estructura, piezas, piecero lavables y anticorrosivos	OBLIGATORIO	✓	
1.9	Sección de cabezera fija al movimiento de Trendelenburg y Trendelemburg	OBLIGATORIO	✓	
1.10	Barandas seccionadas con desenso 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	Banco de funciones ubicado en cara exterior de barandas, activable con combinación de comandos.	OBLIGATORIO	✓	
1.16	Indicador de ángulo de inclinación de respaldo ubicado en las barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.17	Indicador de ángulo de inclinación de respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.18	Indicador de ángulo de inclinación de Reverso en barandas inferiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.19	Cama con ruedas dobles > 0 = 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 receptáculos para porta sueros	OBLIGATORIO	✓	
1.24	Respaldo y piecero 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 goma.	OBLIGATORIO	✓	
1.28	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabezera.	OBLIGATORIO	✓	
1.29	Función de salida pulsando un solo comando.	OBLIGATORIO	✓	
2.1	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 pie vascular manual	OBLIGATORIO	✓	
2.4	Tren/Trend Reverso 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	ALIMENTACION ELÉCTRICA	OBLIGATORIO	✓	
3.1	Tensión Eléctrica de 220-230 V	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 CATEGORÍA CLÍNICA	OBLIGATORIO	✓	
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 catorce	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, lavable desinfectable a soluciones cloradas de al menos 1000 ppm	OBLIGATORIO	✓	
5.4	Salvado a fluidos, orgánicos, contaminantes, y de limpieza	OBLIGATORIO	✓	
5.5	Colchon antiinflam, libre de latex, antiestático.	OBLIGATORIO	✓	
5.6	Cubierta colchon 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	SERVICIOS POST VENTA	OBLIGATORIO	✓	
6.1	Garantía por 24 meses	OBLIGATORIO	✓	

Para paciente 195 kg de acuerdo a los términos post venta

6.2	Certificado de servicio técnico, autorizado por el fabricante	OBLIGATORIO	//		
6.3	Una (1) mantención preventiva anual sin costo durante la garantía	OBLIGATORIO	//		
7	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			
8	NORMATIVAS				
8.1	IEC 60601: Adjuntar certificado	OBLIGATORIO	//		
8.2	IEC60601-2-52	OBLIGATORIO	//		
8.3	CE y/o FDA Adjuntar Certificados	OBLIGATORIO	//		



Blue Medical

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES				
		TIPO DE	CUMPLIMIENTO	HOJA DE
1.1	Cama clínica eléctrica, rodable 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 = 50 cm	OBLIGATORIO	✓	
1.6	Longitud 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, piecetera lavables y anticomrosivos	OBLIGATORIO	✓	
1.9	Sección de cabezera fija al movimiento de Trendelenburg y Trendelemburg	OBLIGATORIO	✓	
1.10	Barandas seccionadas con descenso controlada	OBLIGATORIO	NO CUMPLE	
1.11	Barandas laterales con comandos externos. Inverso. Inclination de Respaldo y Rodillas.	OBLIGATORIO	✓	
1.12	Barandas con diseño de agarredera 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 agarredera adicional.	OBLIGATORIO	✓	
1.15	Bloqueo de funciones ubicado en cara exterior de barandas, activable con combinación de comandos.	OBLIGATORIO	✓	
1.16	Indicador de ángulo de inclinación de respaldo ubicado en las barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.17	Indicador de ángulo de inclinación de Respaldo ubicado en la parte superior de la barandas superiores en lugar visible.	OBLIGATORIO	✓	
1.18	Indicador de ángulo de inclinación de Reverso 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 receptáculos para porta sueros	OBLIGATORIO	✓	
1.24	Respaldo y piecetera 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 atritoria de goma.	OBLIGATORIO	✓	
1.28	Palanca accionamiento CPR ubicado en ambos costados de la cabezera.	OBLIGATORIO	✓	
1.29	Función de salida pulsando un solo comando.	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 pie vascular manual	OBLIGATORIO	NO CUMPLE	
2.4	Trend Trend Reverso de 0° a 12° mínimo	OBLIGATORIO	✓	
2.5	Altura mínima igual o mayor a 40 cm	OBLIGATORIO	✓	
2.6	Altura máxima igual o menor a 80 cm	OBLIGATORIO	✓	
3	ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA	OBLIGATORIO	✓	
3.1	Tensión Eléctrica de 220-230 V	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 CATEGORÍA CLÍNICA	OBLIGATORIO	✓	
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 botas 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, lavable desinfectable a soluciones cloradas de al menos 1000 ppm	OBLIGATORIO	NO CUMPLE	
5.4	Sellado a fluidos, orgánicos, contaminantes, y de limpieza	OBLIGATORIO	✓	
5.5	Colchon antiálgico, 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	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) mantención preventiva anual sin costo durante la garantía	OBLIGATORIO	✓			
7	CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA					
7.1	Producto debe entregarse operativo en el hospital	OBLIGATORIO	✓			
7.2	Se consideren 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	✓			
8	NORMATIVAS					
8.1	IEC 60601, Adjuntar certificado	OBLIGATORIO	✓			
8.2	IEC60601-2-52	OBLIGATORIO	✓			
8.3	CE y/o FDA Adjuntar Certificados	OBLIGATORIO	✓			

