

REQUISITOS
“ADQUISICIÓN DE CATRES CLÍNICOS MECÁNICOS PARA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PSIQUIATRÍA INFANTO
ADOLESCENTE HOSPITAL BASE VALDIVIA”

ARTÍCULO PRIMERO: Antecedentes Generales.

El Servicio de Salud requiere adquirir el siguiente listado con las características que se detallan en especificaciones técnicas.

ARTÍCULO SEGUNDO: Del presupuesto y Anexos

El presupuesto referencial para esta cotización es de \$ 27.777.708.- (IVA incluido).

Los oferentes deberán ingresar y completar en forma obligatoria al portal www.mercadopublico.cl, los siguientes documentos, los que serán verificados en el acto de cierre de la presente cotización.

a) Anexos Administrativos.

- Anexo N° 1-A, Identificación del Oferente (Persona Natural) o Anexo N° 1-B, Identificación del Oferente (Persona Jurídica), según corresponda.

b) Anexo Económico.

- Anexo N° 2, Oferta Económica.

c) Anexo Técnico.

- Anexo N° 3, Otros antecedentes requeridos para la evaluación.

ARTÍCULO TERCERO: De los Requisitos mínimos para la evaluación.

Para pasar a etapa de evaluación económica se requiere cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

1. Cumplimiento de especificaciones técnicas: obligatorio
2. Plazo de entrega: ≤90 días corridos
3. Meses de garantía ofrecidos adicionales a la garantía legal mínima (6 meses): 6 meses

ARTÍCULO CUARTO: Especificaciones Técnicas del Equipo.

Todo ítem técnico dispuesto en Anexo deberá ser respaldado con catálogo adjunto, manual y/o datasheet, esto es exclusiva responsabilidad del proveedor. En consecuencia, situaciones como:

- Proveedor afirma cumplir característica técnica y no se respalda.
- Proveedor omite información, dado que no indica que si posee o no característica.

Según lo descrito anteriormente el Servicio de Salud Los Ríos considerará que dicha característica NO está incluida en la oferta.

Nomenclatura: X: SI

1. Especificaciones Técnicas 07 catre clínico mecánico

Ítem	Cant	CARACTERÍSTICAS GENERALES	CO
1	07	CATRE CLINICO MECÁNICO	
1.1		Catre clínico mecánico de uso hospitalario, diseñado para unidades de hospitalización psiquiátrica	X
1.2		Estructura metálica de alta resistencia, con tratamiento anticorrosivo y acabado en pintura epóxica o equivalente	X
1.3		Estructura con bordes y esquinas redondeadas, sin aristas cortantes	X
1.4		Lecho de cuatro secciones fabricado en láminas de acero con tratamiento anticorrosivo y acabado en pintura epóxica	X
1.5		Con cabecero y piecero fijos, sin posibilidad de desmontarse	X
1.6		Ajuste manual del respaldo y sección de rodillas mediante manivelas retráctiles fabricadas en material de alta resistencia	X
1.7		Capacidad de carga mayor o igual a 215 kg	X
1.8		Con ganchos para correas de sujeción distribuidos en los costados del catre	X
2		Barandas	

2.1		Contar con dos barandas abatibles tipo corral	X
2.2		Barandas laterales de cobertura completa del lecho	X
2.3		Barandas con sistema de liberación con seguro	X
3		Dimensiones y movimientos	
3.1		Largo total mayor o igual a 205 cm	X
3.2		Ancho total mayor o igual a 100 cm	X
3.3		Con altura fija del suelo al lecho de 50 cm (± 5 cm)	X
3.4		Angulación de respaldo mayor o igual a 75°	X
3.5		Angulación de rodillas mayor o igual 40°	X
4		Sistema de fijación y ruedas	
4.1		Se requiere que un (1) catre cuente con sistema de fijación al piso y que los seis (6) catres restantes cuenten con sistema de ruedas	X
4.2		Para los catres con fijación: Deben estar fijados con platinas al suelo	X
4.3		Para los catres con ruedas: Contar con al menos cuatro ruedas de 10 cm de diámetro, con freno	X
5		Colchón	
5.1		Colchón compatible en dimensiones y secciones con catre ofertado	X
5.2		Colchón viscoelástico	X
5.3		Funda de material lavable y desinfectable, libre de costuras o con uniones termoselladas, antibacterial y libre de látex.	X
6		ACCESORIOS (por cada catre)	
6.1	2	Ganchos para soporte de bolsas de orina y otros	X
6.2	1	Porta suero de al menos dos ganchos	X
6.3		Se debe incluir todo accesorio y componentes que hagan al equipo funcional durante la puesta en marcha, y en las cantidades adecuadas, independiente de si estas, están o no, descritas en esta ficha técnica o por falta de descripción no se consideren. De requerir algún equipo complementario que permita su óptimo funcionamiento y que no se encuentre especificado, se debe considerar en la oferta y se solicita indicarlo en observaciones del anexo técnico	X
7		DOCUMENTACION VIGENTE	
7.1		Adjuntar certificado de representación de la marca en Chile	X
7.2		Adjuntar certificado normas internacionales FDA y/o CE	X
7.3		Adjuntar certificado normas internacionales ISO 9001 y/o 13485 del fabricante o del representante en Chile	X
7.4		Manual de usuario y servicio técnico en español, digital o en físico al momento de la entrega.	X
7.5		Adjuntar carta de compromiso de disponibilidad y stock de repuestos e insumos necesarios para mantener el correcto funcionamiento del equipo durante el periodo de garantía y vida útil del equipo	X
8		SERVICIO TECNICO Y POSTVENTA	X
8.1		Meses de garantía ofrecidos adicionales a la garantía legal mínima (6 meses): 12 meses, considerando mantenciones preventivas y correctivas según corresponda sin costo adicional. La misma cubrirá el reemplazo de aquellos componentes cuya vida útil se cumpla bajo uso normal del equipo. Esta garantía comenzará a regir a partir de la fecha de capacitación.	X
8.3		Mantenimiento preventivo anual durante el período de garantía, que deberán ejecutarse en las dependencias del establecimiento y de acuerdo con los lineamientos definidos por el fabricante. Se deberá emitir un informe con la mantención respectiva. Deberá ser ejecutada en terreno y se coordinará mediante correo electrónico.	X
8.4		Capacitación al personal clínico en operación, funcionamiento, limpieza y desinfección del equipo y sus accesorios.	X
8.5		Traslado, instalación y puesta en marcha en servicio clínico. Es responsabilidad del proveedor instalar en el servicio clínico el equipo, entregarlo operativo y funcionando con todos sus accesorios.	X
8.6		Los costos y responsabilidades de traslado del equipo para su reparación o mantención estarán a cargo del proveedor adjudicado.	X
8.7		Tiempo de respuesta ante fallas (Indicar personas y números de contacto): Teléfono y/o correo electrónico: ≤ 5 horas En terreno ≤ 3 días hábiles, una vez realizado el reporte vía telefónica o email	X

ARTÍCULO QUINTO: *Recepción de los bienes.*

Todo equipo será recepcionado en la bodega del Servicio de Salud Los Ríos, ubicada en Avenida España 414, Comuna de Valdivia. Coordinar despacho con Cassandra Ortega cassandra.ortegasslr@redsalud.gob.cl y/o Bárbara Obreque barbara.obreque@redsalud.gob.cl

Comisión de recepción:

- Profesional Unidad de Equipos Médicos Servicio de Salud Los Ríos.
- Referente clínico Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría Infanto Adolescente, Hospital Base Valdivia.

ARTÍCULO SEXTO: *Fallas de Fábrica.*

Si el catre adjudicado presenta fallas graves durante el periodo de garantía atribuible a problemas de fabricación o de calidad del producto, y estas fallas conllevan a la reparación del catre por periodos prolongados se podrán tomar las siguientes resoluciones:

Si durante el periodo de garantía presenta fallas que interrumpan el funcionamiento normal del catre, se podrá alargar el periodo de garantía en la cantidad de días adicionales que la empresa tardó en dejar operativo el catre, desde la fecha en que fueron notificados por falla.

Si el catre queda fuera de funcionamiento por un intervalo equivalente a 60 días o más dentro de un periodo de un año. El Servicio de Salud Los Ríos tendrá la potestad de solicitar cambio del catre por uno nuevo.

Si el catre presenta una falla reiterativa y la empresa no puede dar solución de la misma, podrá conllevar a la terminación del contrato o cambio por uno de iguales o mejores características.

ARTÍCULO SÉPTIMO: *De los Anexos a completar*

El oferente deberá completar los siguientes Anexos:

ANEXO N° 1-A
IDENTIFICACION DEL OFERENTE

PERSONA NATURAL	
Nombre	
RUT	
Domicilio	
Fono	
Correo electrónico	

<Firma>
<Nombre ----->
<cédula de identidad N° ----->

Nota: se solicita a los oferentes completar la información requerida en este anexo, sin modificar el texto ni el formato aprobado por el Servicio de Salud Los Ríos.

ANEXO N° 1-B
IDENTIFICACION DEL OFERENTE

PERSONA JURÍDICA	
Razón Social	
RUT	
Domicilio	
Fono	
Correo Electrónico	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
Nombre Completo	
Cédula de Identidad	
Cargo	
Domicilio	
Fono	
Correo Electrónico	
Notaría y fecha de escritura pública de personería	

<Firma>
<Nombre ----->
<cédula de identidad N° ----->
<Razón Social Empresa ----->

Nota: se solicita a los oferentes completar la información requerida en este anexo, sin modificar el texto ni el formato aprobado por el Servicio de Salud Los Ríos.

ANEXO N° 2
OFERTA ECONOMICA

El representante legal del oferente que suscribe, presenta al Servicio de Salud Los Ríos, la siguiente oferta en pesos chilenos por los siguientes productos:

Tipo Producto	Cantidad	Plazo de entrega del producto, medido en días corridos, contados desde la emisión de la orden de compra	Monto Unitario Neto	Monto Total Neto	Monto Total IVA Incluido
CATRE CLINICO MCÁNICO	7				
TOTAL			\$	\$	\$

<Firma>
<Nombre ----->
<cédula de identidad N° ----->
<Razón Social Empresa ----->

ANEXO N° 3
OTROS ANTECEDENTES REQUERIDOS PARA LA EVALUACION

1) **EVALUACIÓN 07 CATRES CLINICOS MECÁNICOS**

a) **Cumplimiento Especificaciones Técnicas, de acuerdo lo estipulado en ARTÍCULO CUARTO**

Ítem	Cant	Especificaciones técnicas	Cumple Si/No	Referencia (N° de página o código) en manual o catálogo	Observación / Comentario del oferente
	07	CATRES CLINICOS MECÁNICO			
1		Características generales			
1.1		Catre clínico mecánico de uso hospitalario, diseñado para unidades de hospitalización psiquiátrica			
1.2		Estructura metálica de alta resistencia, con tratamiento anticorrosivo y acabado en pintura epóxica o equivalente			
1.3		Estructura con bordes y esquinas redondeadas, sin aristas cortantes			
1.4		Lecho de cuatro secciones fabricado en láminas de acero con tratamiento anticorrosivo y acabado en pintura epóxica			
1.5		Con cabecero y piecero fijos, sin posibilidad de desmontarse			
1.6		Ajuste manual del respaldo y sección de rodillas mediante manivelas retráctiles fabricadas en material de alta resistencia			
1.7		Capacidad de carga mayor o igual a 215 kg			
1.8		Con ganchos para correas de sujeción distribuidos en los costados del catre			
2		Barandas			
2.1		Contar con dos barandas abatibles tipo corral			
2.2		Barandas laterales de cobertura completa del lecho			
2.3		Barandas con sistema de liberación con seguro			
3		Dimensiones y movimientos			
3.1		Largo total mayor o igual a 205 cm			
3.2		Ancho total mayor o igual a 100 cm			
3.3		Con altura fija del suelo al lecho de 50 cm (± 5 cm)			
3.4		Angulación de respaldo mayor o igual a 75°			
3.5		Angulación de rodillas mayor o igual 40°			
4		Sistema de fijación y ruedas			
4.1		Se requiere que un (1) catre cuente con sistema de fijación al piso y que los seis (6) catres restantes cuenten con sistema de ruedas			
4.2		Para los catres con fijación: Deben estar fijados con platinas al suelo			
4.3		Para los catres con ruedas: Contar con al menos cuatro ruedas de 10 cm de diámetro, con freno			
5		Colchón			
5.1		Colchón compatible en dimensiones y secciones con catre ofertado			
5.2		Colchón viscoelástico			
5.3		Funda de material lavable y desinfectable, libre de costuras o con uniones termoselladas, antibacterial y libre de látex.			
6		ACCESORIOS (por cada catre)			
6.1	2	Ganchos para soporte de bolsas de orina y otros			
6.2	1	Porta suero de al menos dos ganchos			
6.3		Se debe incluir todo accesorio y componentes que hagan al equipo funcional durante la puesta en marcha, y en las cantidades adecuadas, independiente de si estas, están o no, descritas en esta ficha técnica o por falta de descripción no se consideren. De requerir algún equipo complementario que permita su óptimo funcionamiento y que no se			

		encuentre especificado, se debe considerar en la oferta y se solicita indicarlo en observaciones del anexo técnico			
7		DOCUMENTACION VIGENTE			
7.1		Adjuntar certificado de representación de la marca en Chile			
7.2		Adjuntar certificado normas internacionales FDA y/o CE			
7.3		Adjuntar certificado normas internacionales ISO 9001 y/o 13485 del fabricante o del representante en Chile			
7.4		Manual de usuario y servicio técnico en español, digital o en físico al momento de la entrega.			
7.5		Adjuntar carta de compromiso de disponibilidad y stock de repuestos e insumos necesarios para mantener el correcto funcionamiento del equipo durante el periodo de garantía y vida útil del equipo			
8		SERVICIO TECNICO Y POSTVENTA			
8.1		Meses de garantía ofrecidos adicionales a la garantía legal mínima (6 meses): 12 meses, considerando mantenciones preventivas y correctivas según corresponda sin costo adicional. La misma cubrirá el reemplazo de aquellos componentes cuya vida útil se cumpla bajo uso normal del equipo. Esta garantía comenzará a regir a partir de la fecha de capacitación.			
8.3		Mantenimiento preventivo anual durante el período de garantía, que deberán ejecutarse en las dependencias del establecimiento y de acuerdo con los lineamientos definidos por el fabricante. Se deberá emitir un informe con la mantención respectiva. Deberá ser ejecutada en terreno y se coordinará mediante correo electrónico.			
8.4		Capacitación al personal clínico en operación, funcionamiento, limpieza y desinfección del equipo y sus accesorios.			
8.5		Traslado, instalación y puesta en marcha en servicio clínico. Es responsabilidad del proveedor instalar en el servicio clínico el equipo, entregarlo operativo y funcionando con todos sus accesorios.			
8.6		Los costos y responsabilidades de traslado del equipo para su reparación o mantención estarán a cargo del proveedor adjudicado.			
8.7		Tiempo de respuesta ante fallas (Indicar personas y números de contacto): Telefónico y/o correo electrónico: ≤5 horas En terreno ≤ 3 días hábiles, una vez realizado el reporte vía telefónica o email			

 <Firma>
 <Nombre ----->
 <cédula de identidad N° ----->
 <Razón Social Empresa ----->

Nota: se solicita a los oferentes completar la información requerida en este anexo, sin modificar el texto ni el formato aprobado por el Servicio de Salud Los Ríos.

Criterios de Evaluación:

- Programa de Integridad 20%
- Porcentaje de descuento 50%
- Garantía por sobre Garantía mínima legal 20%
- Antigüedad del Proveedor en Actividades Económicas 10%

Criterio Económico: Porcentaje de descuento

Este criterio se evaluará considerando el porcentaje de descuento ofrecido por el oferente, según lo ingresado en la sección 'Mis Condiciones Comerciales' (Formulario de Convenio Marco) – Paso 1 'Condiciones Generales'. El porcentaje de descuento será **único para todos los productos y aplicable a todas las regiones** en las que el proveedor sea adjudicado, y se aplicará a todas las órdenes de compra emitidas a través de este convenio marco, sin distinción por monto de la transacción. El puntaje asociado a este criterio se asignará en función de la siguiente tabla:

Descuento	Puntaje
2%	1
3%	9
4%	16
5%	24
6%	31
7%	39
8%	47
9%	54
10%	62
11%	70
12%	77
13%	85
14%	92
15%	100

El porcentaje de descuento ingresado en el formulario de Convenio Marco deberá ser un número entero sin decimales. En caso de que el proveedor ingrese decimal éste se aproximará al entero inmediatamente superior.

El porcentaje de descuento ofertado por el proveedor deberá ser igual o superior a un 2% y menor o igual a un 15%, siendo desestimadas las ofertas de aquellos oferentes que indiquen un descuento menor y/o mayor a lo indicado.

DECLARACIÓN PROGRAMA DE INTEGRIDAD

Yo, <nombre de representante legal o persona natural>, cédula de identidad N° <RUT representante legal o de persona natural>, con domicilio en <Domicilio, Comuna, Ciudad> en representación de <Razón social empresa o nombre UTP>, RUT: <Rut empresa o de apoderado UTP>, del mismo domicilio, para la licitación pública ID N° _____, declaro bajo juramento que:

Mi representada _____ **(SI/NO)** posee un programa de integridad que es conocido por su personal, entendiendo programa de integridad cualquier sistema de gestión que tenga como objetivo prevenir —y si resulta necesario, identificar y sancionar— las infracciones de leyes, regulaciones, códigos o procedimientos internos que tienen lugar en una organización, promoviendo una cultura de cumplimiento.

A fin de comprobar su declaración se deberá adjuntar a la oferta el referido programa de integridad y el medio de verificación de conocimiento de su personal.

<Firma>
<Nombre ----->
<cédula de identidad N° ----->

Nota: se solicita a los oferentes completar la información requerida en este anexo, sin modificar el texto ni el formato aprobado por el Servicio de Salud Los Ríos.