



Caja Costarricense de Seguro Social  
Área de Salud Siquirres  
Ingeniería y Mantenimiento  
Teléfonos 2713-3700 ext. 2133, Fax. 2713-3799  
<http://www.ccss.sa.cr/regionhuetaratlantica>

Siquirres, 11 de mayo del 2018  
**CTREM-0006-2018**

Licenciada  
Yirlany Cruz Cruz  
Contratación Administrativa  
**DRSSHA**  
Caja Costarricense de Seguro Social

**Asunto: Envío de solicitudes de aclaración, ampliación y objeciones al cartel de la Contratación 2018LA-000001-2699 “Compra Regional de Equipo Médico, Incluye Mantenimiento Preventivo”.**

Estimada Licenciada

Con respecto a lo solicitado en el oficio **URCA/RHA/128-2018** de fecha del 07 de mayo del 2018 se aclara lo siguiente:

- **NUTRICARE**

**Ítem #26 Incubadora Cerrada**

Con respecto a este punto se aclara que lo que se solicita es la baranda donde se manipula al paciente alrededor de la cúpula, ya que si no tiene dichos accesos se debe abrir toda la cúpula y se estaría perdiendo el ambiente controlado que se debe manejar, por lo que se realiza dicha aclaración a este punto.

Con respecto a la solicitud en el carro de 2 porta sueros con gancho ajustable se acepta la solicitud de modificación por la mesa de mayo solicitado en dichas características del cartel.

**TRANDMEDIC**

Con respecto al punto de corroborar el punto de la **Experiencia de la Empresa** se acepta la solicitud de poder presentar órdenes de compra y/o facturas de compras anteriores con la salvedad de que deben estar certificadas por un notario público, además debe estar legible el nombre del Centro de Salud, además del número de teléfono esto para poder corroborar la información de brindar un servicio satisfactorio.



## **LATINREP**

### **Ítem #6 Camilla de Exploración Ginecológica**

- Se da lugar a su petición tomando en cuenta que las dimensiones no afectan el funcionamiento del equipo. Leyéndose de la siguiente manera:

La sección de respaldo debe ser color oscuro, además elevarse desde la posición en horizontal hasta alcanzar 65°, esta sección deberá ser de un largo de 90 cm  $\pm$  3 cm y un ancho de 60 cm  $\pm$  5cm, además incluir un soporte para rollo de papel en esta sección.

- Se da lugar a su petición tomando en cuenta que las dimensiones no afectan el funcionamiento del equipo. Leyéndose de la siguiente manera:

La sección del asiento deberá ser del mismo color oscuro que la sección de respaldo, además ser un largo de 50 cm  $\pm$  3 cm y un ancho de máximo 70 cm, además se modifica que no tenga abertura al centro de media luna, ya que la mayoría de los equipos de última tecnología ya no cuentan con este tipo de abertura, sino que cuentan con facilidades y comodidades para el acercamiento al médico, para aplicar la exploración del paciente por la zona perianal y con bandeja de acero inoxidable removible para recolectar los residuos.

- La solicitud técnica de incluir un carro con gavetas y disminuir en su totalidad la cantidad de gavetas:

Los equipos solicitados son para ser instalados en EBAIS en los cuales se dispone de un espacio físico limitado siendo la inclusión de un carro con gavetas una opción no viable ya que se recude el área de trabajo del médico por lo tanto se solicita que la camilla tenga al menos tres gavetas para que el profesional en salud y su asistente tengan la posibilidad de almacenar equipo de apoyo para la buena atención del asegurado. Por lo tanto no se da lugar a lo solicitado.

- La solicitud para el reemplazo del material de las apoya piernas

Debe incluir con el equipo Las dos pierneras que deben ser de un material silicón o plástico moldeado suave, ultrarresistente y abatibles, pivotables en su unión superior al soporte y los soportes metálicos de acero inoxidable.

Se debe de tener en cuenta el alto riesgo de contaminación directa y cruzada durante los procedimientos ginecológicos, razón por la cual se requiere que los apoya piernas sean de un material libre de poros, costuras, sin espacios en los cuales se puedan almacenar residuos bioinfecciosos. Por lo tanto no se da lugar a la solicitud propuesta.

- La solicitud de modificación de peso mínimo a 200 Kg.

Para soportar mínimo 500 libras (226,8 kg) de capacidad de peso del paciente. (Debe estar señalado en el catálogo del equipo ofertado)



Tomando en cuenta que la característica no afecta el funcionamiento del equipo se da lugar a la solicitud leyéndose la línea de la siguiente manera:

Para soportar mínimo 230 kg  $\pm$  30 Kg de capacidad de peso del paciente. (Debe estar señalado en el catálogo del equipo ofertado).

#### **Ítem #16 Desfibrilador**

La solicitud de cambiar el tiempo de carga (para desfibrilar nuevamente) no mayor a 7 segundos en la máxima energía.

Tomando en cuenta la importancia de la desfibrilación de pacientes con problemas cardíacos reducir los tiempos en una segunda o tercera desfibrilación es de suma importancia ya que se puede definir la vida o el deceso del paciente.

Por lo tanto no se da lugar a la petición debido a que se ve afectada la atención directa del paciente exponiendo la vida del mismo.

La solicitud de modificar la siguiente línea:

El desfibrilador debe estar equipado con un sistema de marcapaso automático posterior a la descarga.

Tomando en cuenta que el paciente si posterior a la descarga sale del paro cardiorespiratorio solo requiere monitorización principalmente del trazo cardíaco, por lo tanto no se da lugar a su solicitud ya que se quiere que el equipo disponga de sistema de marcapaso. Por lo tanto no se da lugar a su solicitud debido a la importancia de esta característica en los equipos la cual en forma automática reduce tiempo en el monitoreo del paciente.

La solicitud de modificar la siguiente línea:

Con capacidad de realizar mínimo 150 descargas a la máxima potencia, con la batería completamente cargada

El ser este un equipo que va a ser utilizado en EBAIS en los cuales no se garantiza el continuo servicio de la corriente eléctrica o bien se tiene que mantener cargado por falta de tomacorrientes por el tipo de instalación física, por lo tanto no se da lugar a la solicitud debido a se requiere que cumpla con las características solicitadas.

La solicitud de modificar la siguiente línea:

En el momento de entregar el equipo se debe de comprobar mediante un simulador de pacientes el buen funcionamiento del mismo, estando esté debidamente calibrado, se debe de entregar certificado de calibración vigente.

La solicitud de modificar la siguiente línea:

Dimensiones externas del carro 100 cm  $\pm$  5cm de alto, 60 cm  $\pm$  3cm de profundidad y 80 cm  $\pm$  5cm de ancho

Se acepta la modificación de ampliar el rango solicitado.



Caja Costarricense de Seguro Social  
Área de Salud Siquirres  
Ingeniería y Mantenimiento  
Teléfonos 2713-3700 ext. 2133, Fax. 2713-3799  
<http://www.ccss.sa.cr/regionhuetaratlantica>

Se realiza la siguiente aclaración debido a un error de escritura:

- **Se adjudicará Ítem 16 y 34 a un mismo proveedor**
- **Se adjudicará Ítem 26 y 33 a un mismo proveedor**

Sin más por el momento

**Ingeniera Electromedicina**  
**C.A.I.S.-Área de Salud de Siquirres**