

Concepción, 29 de septiembre de 2025.

Referencia: APRUEBA RECURSOS PARA PROYECTO “REPOSICION EQUIPOS UPC INFANTIL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VRR”.

CERTIFICADO N° 8709o18

IGNACIO ARAVENA URCELAY, Secretario Ejecutivo y Ministro de Fe del Consejo Regional de la Región del Biobío, certifica que:

El Consejo Regional de la Región del Biobío en:

Sesión: Ordinaria N°18

Fecha: 26 de septiembre de 2025.

Lugar: Gimnasio municipal de Antuco, ubicado en Arturo Prat 200, Antuco.

→ Conocida la propuesta del Presidente de la Comisión de Salud, don Juan Carlos Medina M., presentado por el ejecutivo mediante:

- Documento: Ord N° 2910 de fecha 22.09.2025.
- Así acordó: Aprobar recursos para proyecto “Reposición equipos UPC Infantil del Complejo Asistencial dR. VRR”, código BIP 40071088, por un monto total de M\$765.391.- con cargo a una modificación presupuestaria en el Programa de Inversión del Gobierno Regional.
- Acuerdo que registró la siguiente votación del Consejo Regional: 28 votos a favor y 1 abstención.

A continuación, cumpla con citar acuerdo del Consejo de Gobierno Regional, en el sentido que: “Toda modificación o alteración al presente certificado y en general todo cambio, rectificación, corrección o reemplazo total o parcial de su contenido, es de la esencia de la facultad resolutoria del Consejo de Gobierno Regional, el que DEBERA SER CONSULTADO AL EFECTO.

Lo que certifico, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley N°19.175, Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.



Firmado por:
Eduardo Ignacio Aravena Urcelay
Secretario Ejecutivo Consejo
Regional del Biobío
Fecha: 01-10-2025 17:25 CLT
Gobierno Regional de la Región Bío
Bío





ORD. N° _____

ANT.: Presupuesto de Inversión Regional Región del Biobío, modificación presupuestaria en el Programa de Inversión del Gobierno Regional, aprobado por Ley de Presupuestos año 2025.

MAT.: Remite iniciativa de inversión evaluada por Gobierno Regional del Biobío, tipología Circular 33 - ANF.

Concepción,

DE: GOBERNADOR REGIONAL REGIÓN DEL BIOBÍO

A: CONSEJO REGIONAL REGIÓN DEL BIOBÍO

Junto con saludar cordialmente, someto a consideración para vuestro análisis y sanción del Consejo Regional, la aprobación del financiamiento para la etapa de **EJECUCIÓN** del proyecto que se indica, cuyo costo total FNDR es de **M\$765.391**, con cargo a una modificación presupuestaria en el Programa de Inversión del Gobierno Regional.

CÓDIGO BIP	TIPOLOGÍA	ETAPA QUE POSTULA	NOMBRE DEL PROYECTO	COSTO TOTAL FNDR (M\$)
40071088	ANF	EJECUCION	REPOSICION EQUIPOS UPC INFANTIL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL dR. VRR	765.391

VALORES EN MONEDA PRESUPUESTARIA 2025

Para mayor información, se adjunta:

- Certificado de recomendación técnica del proyecto
- Ficha IDI 2025.
- Anexo N°1

Sin otro particular atentamente a usted,



Firmado por:
Sergio Alejandro Giacaman García
Gobernador Regional
Fecha: 22-09-2025 16:18 CLT
Gobierno Regional de la Región Bío Bío

Distribución:

- La Indicada.
- Administrador Regional.
- Div. de Planificación y Desarrollo Regional
- Unidad Preinversión.
- Oficina de Partes.

JJMC JACE JPJBA



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/0DEXSZ-369>

Certificado Recomendación Técnica Favorable N° 10/2025
Proyectos Afectos a Circular 33

El Departamento de Inversiones y Municipalidades de la División de Planificación y Desarrollo Regional, cuenta como apoyo con la profesional:

ANDREA MENDOZA QUINTANA de Profesión **INGENIERO FORESTAL**

Quien declara haber revisado el proyecto que a continuación se señala y autoriza su Recomendación técnica (RS):

N°	CÓDIGO BIP	NOMBRE PROYECTO	MONTO TOTAL M\$	CARÁCTER
1	40071088-0	REPOSICION DE EQUIPOS PARA UPC INFANTIL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ	765.391	PROVINCIAL

Moneda: Moneda según año en curso de aprobación de este certificado.

Y certifica que, analizados los antecedentes entregados por el Servicio de Salud BioBío, este cumple con todos los parámetros técnicos y administrativos autorizando técnicamente la recomendación de la inversión indicada, en el marco del Oficio Circular 33, de fecha 13 de julio del 2009, de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.



Firmado por:
Andrea Camila Mendoza Quintana
Profesional Departamento Fndr
Fecha: 01-09-2025 16:07 CLT
Gobierno Regional de la Región Bío Bío



Firmado por:
Joaquín José Morales Chacana
Jefe Departamento de
Municipalidades e Inversiones
Fecha: 01-09-2025 16:58 CLT
Gobierno Regional de la Región Bío Bío



CERTIFICADO N.° 10/2025 - SEPTIEMBRE 2025

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799. Departamento de Inversiones y Municipalidades.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/0005432-369>

Gobierno Regional del Bío Bío
Prat 525, Concepción

CÓDIGO BIP

40071088-0

ANEXO N° 1 FICHA RESUMEN

IDENTIFICACIÓN ADQUISICIÓN / REPOSICIÓN ACTIVO NO FINANCIERO

(Nombre del Proyecto: Adquisición o Reposición + Activo No Financiero+ Comuna) idéntico a Ficha IDI

REPOSICION DE EQUIPOS PARA UPC INFANTIL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ

LOCALIZACIÓN (Región, Provincia y Comuna)

Región de Biobío, Provincia de Biobío, Comuna: Los Ángeles

INDICADORES	Hombres	Mujeres	TOTAL
BENEFICIARIOS DIRECTOS	41.407	40.478	81.885
EMPLEO GENERADO			

DESCRIPCIÓN DE LA ADQUISICIÓN / REPOSICION ACTIVO NO FINANCIERO (Indicar en forma clara y precisa las cantidades y especificaciones técnicas del activo a adquirir. No señalar marcas ni modelos)

El proyecto consiste en la reposición de 16 Ventiladores y 1 Ecógrafo, a continuación, se presentan sus características.

Características Generales de Ventilador Mecánico Invasivo Pediátrico

- 1 Ventilador mecánico invasivo para paciente pediátrico en cuidados críticos.
- 2 Herramientas de apoyo al diseño de estrategias ventilatorias protectoras. Pantalla táctil, despliegue simultáneo de gráficas múltiples, tendencias y registro de eventos. Sistema de gestión de alarmas.
- 3 Sensor de oxígeno ultrasónico o paramagnético.
- 4 Sensor de Flujo ultrasónico, de anemómetro o similar técnico.
- 5 Equipo debe contar con software de gestión y exportación de datos.
- 6 Debe contemplar puerto USB o similar para exportar datos.
- 7 Que incluya nebulizador integrado de malla, neumático o de tecnología similar.
- 8 Debe incluir humidificador con calentador digital.
- 9 Considerar incluir en la oferta capnografía mainstream y monitorear EtCo2, VCO2 y VcVCo2. (Deseable)
- 10 Modos de ventilación invasiva (presión control, volumen control, PRVC, CPAP + PS), no invasiva (CPAP, BiPAP) y cánula nasal de alto flujo.
- 11 Sistema de asistencia a la ventilación ajustada neuralmente. (Deseable).
- 12 Debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento del equipo.
- 13 Normas y Certificaciones: Norma CE o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.

Características Generales de Ventilador Mecánico Invasivo Neonatal

- 1 Ventilador Invasivo con capacidad de Ventilación para paciente Neonatal al menos desde 400 gramos hasta 30 kilogramos. Capacidad de ventilación convencional, alta frecuencia oscilatoria y oxigenoterapia de alto flujo.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/300894353369>



- 2 Capacidad de monitorizar graficas de bucles de volumen/presión, flujo/volumen y tiempo simultáneamente en ventilación convencional.
- 3 Debe utilizar el mismo circuito de paciente para ventilación convencional y ventilación de alta frecuencia, sin necesidad de cambio, ni calibración de circuito entre terapias.
- 4 Debe permitir el uso de sensores de flujo proximal reusable y desechable.
- 5 Incluir modo de Volumen Garantizado, disponible en HFO y Ventilación convencional.
- 6 El equipo debe ser capaz de representar curvas de flujo volumen en ventilación convencional.
- 7 Pantalla con capacidad de monitorizar simultáneamente parámetros programados y en tiempo real, además de curvas de flujo o volumen sin necesidad de modificaciones de pantalla.
- 8 Capacidad de ventilación convencional, invasiva y no invasiva, no convencional, HFO.
- 9 Capacidad de medición de capnografía con sensor de ETCO2.
- 10 MODOS VENTILATORIOS: Modo HFO (o equivalente), Modo VNI Nasal (o equivalente), Modo VNI DuoPAP (Bipap o equivalente), Modo IPPV. (O equivalentes por marca, indicar), Modo SIMV (O equivalente por marca, indicar), SIPPV (O equivalente por marca, indicar), CPAP (O equivalente por marca, indicar), Ventilación de respaldo de apnea.
- 11 FUNCIONES AVANZADAS: Disparo por flujo, Medición proximal de la presión a través de línea de presión proximal, Disparo por flujo y presión, Modalidades VNI con compensación de fugas, Conexión para uso de cánula nasal, Medición proximal del flujo.
- 12 Debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento del equipo.
- 13 Normativas: Norma CE o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.

Características Generales de Ventilador Mecánico No Invasivo Neonatal

- 1 Equipo que permita ventilación no invasiva neonatal.
- 2 Debe disponer de Monitor de O2 (FiO2)
- 3 Incluir mezclador electrónico de gases.
- 4 Debe tener compensación de Fugas.
- 5 Contemplar pantalla táctil.
- 6 Debe mostrar curvas de presión.
- 7 Condiciones eléctricas: 220 VAC, 50 Hz. Incluye cable de poder o adaptador tipo L.
- 8 Modos de Ventilación: NIV (ncPAP, duoPAP); Trigger de NIV; Terapia de alto flujo con O2; Descarga de O2; Respiración Manual.
- 9 Considerar todo accesorio, software, insumo y equipamiento que permita el correcto funcionamiento del equipo.
- 10 Incluir Software NCPAP y DUOPAP. (Compatible con modos de ventilación solicitados).
- 11 Debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento del equipo.
- 12 Certificación: Norma CE (europea) o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.

Características Generales de Ecógrafo Portátil

- 1 ecógrafo portátil con Monitor táctil de al menos 10 pulgadas, full HD o similar. Para uso en pediatría y neonatología de tipo laptop o similar técnico. Incluir carro compatible con equipo ofertado.
- 2 debe permitir al menos las siguientes aplicaciones: Cardiología pediátrico, neonatal, intraoperatoria, transesofágica 2D, vascular periférica, musculo esquelético y transcraneal.
- 3 conexión debe incluir: HDMI, Ethernet, Puertos USB y entrada para periféricos.
- 4 incluir Dicom Full.
- 5 considerar Softwares, herramientas y tecnologías para almacenamiento, optimización y verificación de imágenes.



- 6 modos de uso permitidos (mínimos): Modo-B, PDI, CFM, PW, CW, Modo-M (además de Modo-M Color Flow y Anatómico), Modo Zoom HD, Modo espera, Modo Doppler, Modo Dual y Cuádruplo, imagen en tiempo real y Freeze.
- 7 transductor Sectorial Matricial de banda ancha para las siguientes aplicaciones: Cardíaca, abdominal, Transcraneal, Eco stress, Corazón fetal, Coronaria y Trauma.
- 8 transductor Sectorial banda ancha para las siguientes aplicaciones: Transtorácicas pediátricos, Abdominal.
- 9 transductor Sectorial Phased Array de banda ancha con Aplicaciones Principales: Transtorácicas neonatal, abdomen, Cefálico neonatal
- 10 transductor matricial Lineal de banda ancha. Aplicaciones Principales: Partes blandas, Partes pequeñas, Músculo Esquelético, Superficial, Vascular, Neonatal, Pediátrico, Nervios
- 11 transductor Micro Convexo de banda ancha. Aplicaciones Principales: Abdomen pediátrico neonatal, Fontanelar
- 12 transductor Convexo 2D de banda ancha, Aplicaciones Principales: Abdomen, ginecología, obstetricia, urología y vascular
- 13 debe considerar al menos: Impresora térmica, UPS, cables ECG y todo accesorio, software o insumo que permita el correcto funcionamiento del equipo.
- 14 debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento del equipo.
- 15 certificación: Norma CE (europea) o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.

JUSTIFICACIÓN DE LA ADQUISICIÓN / REPOSICION ACTIVO NO FINANCIERO

(Indicar en forma clara y precisa)

El problema detectado es: "Atención de salud deficiente, que afecta negativamente la calidad, oportunidad y seguridad de las prestaciones entregadas en la Unidad de Pacientes Críticos Infantil del Complejo Asistencial de Los Ángeles, cuya principal causa es el déficit y deterioro de los equipos de ventilación mecánica y de ecocardiografía de este servicio, los cuales son indispensables en el diagnóstico y soporte vital de pacientes que ingresan en estado crítico, y que al no encontrarse en condiciones óptimas, imposibilitan al médico tratante a entregar un tratamiento confiable y eficiente".

ALTERNATIVAS ESTUDIADAS PARA ACTIVOS NO FINANCIEROS

(Optimización de la situación actual-arrendar-adquirir o reponer)

1.-Optimizar: No es posible.

Para este proyecto no resulta posible la optimización de la situación base ya que los equipos en estudio ya han cumplido su vida útil y muchos de ellos están discontinuados en su proceso de fabricación, por lo que resulta difícil encontrar los repuestos para las mantenciones preventivas o correctivas que requieren, lo que repercute directamente en la atención que se brinda a los pacientes.

Junto a esto, considerando el alto nivel de demanda en atenciones que se genera respecto a un ventilador mecánico en una Unidad de Paciente Crítico por día, cualquier tipo de problemas con los equipos implica un alto costo de oportunidad, ya que el verdadero costo de una inversión en equipos médicos no es la cantidad de dinero que se gasta, sino los beneficios que dejamos de obtener mediante una mejor alternativa a nuestro alcance, en este caso, atención oportuna que conlleva a salvar la vida de un paciente en estado crítico de salud.

3.-Reponer/adquirir: Para evaluar esta alternativa de consideraron tres ofertas por tipo de equipo, obteniendo como resultado que efectivamente reponer es la mejor alternativa para dar solución al problema.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/30089435369>



VENTILADOR MECÁNICO INVASIVO PEDIÁTRICO			
	OFERTA 1	OFERTA 2	OFERTA 3
Modelo / Marca/ Especificaciones Técnicas	Modelo: Servo U Marca: Maquet	Modelo: Evita V600 Marca: Dräger	Modelo: Evolution 3e Ultra Marca: Event Medical Lowenstein
Características Generales	SI	SI	SI
Ventilador mecánico invasivo para paciente pediátrico en cuidados críticos.	SI	SI	SI
Herramientas de apoyo al diseño de estrategias ventilatorias protectoras. Pantalla táctil, despliegue simultáneo de gráficas múltiples, tendencias y registro de eventos. Sistema de gestión de alarmas.	SI	SI	SI
Sensor de oxígeno ultrasónico o paramagnético.	SI	SI	SI
Sensor de Flujo ultrasónico, de anemómetro o similar técnico.	SI	SI	SI
Equipo debe contar con software de gestión y exportación de datos.	SI	SI	SI
Debe contemplar puerto USB o similar para exportar datos.	SI	SI	SI
Que incluya nebulizador integrado de malla, neumático o de tecnología similar.	SI	SI	SI
Debe incluir humidificador con calentador digital.	SI	SI	SI
Considerar incluir en la oferta capnografía mainstream y monitorear EtCo2, VCO2 y VcVCO2. (Deseable)	SI	SI	SI
Modos de ventilación invasiva (presión control, volumen control, PRVC, CPAP + PS), no invasiva (CPAP, BiPAP) y cánula nasal de alto flujo.	SI	SI	SI
Sistema de asistencia a la ventilación ajustada neuralmente. (Deseable).	SI	SI	SI
Debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento de	SI	SI	SI

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/0008987369>



equipo.			
Normas y Certificaciones: Norma CE o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.	SI	SI	SI
Inversión sin IVA	\$249.622.086	\$261.100.000	\$293.300.000
Inversión con IVA	\$85.113.820	\$73.944.568	\$71.219.704
CAE	\$297.050.282	\$310.709.000	\$349.027.000

VENTILADOR MECÁNICO INVASIVO NEONATAL			
Modelo / Marca/ Especificaciones Técnicas	Modelo: SLE 6000 Marca: SLE LIMITED	Modelo: Servo N Marca: Maquet	Modelo: Leoni Plus Marca: Lowenstein Medical
Ventilador Invasivo con capacidad de Ventilación para paciente Neonatal al menos desde 400 grs hasta 30 kgs. Capacidad de ventilación convencional, alta frecuencia oscilatoria y oxigenoterapia de alto flujo.	SI	SI	SI
Capacidad de monitorizar graficas de bucles de volumen/presión, flujo/volumen y tiempo simultáneamente en ventilación convencional.	SI	SI	SI
Debe utilizar el mismo circuito de paciente para ventilación convencional y ventilación de alta frecuencia, sin necesidad de cambio, ni calibración de circuito entre terapias.	SI	SI	SI
Debe permitir el uso de sensores de flujo proximal reusable y desechable.	SI	SI	SI



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/0089456369>

Incluir modo de Volumen Garantizado, disponible en HFO y Ventilación convencional.	SI	SI	SI
El equipo debe ser capaz de representar curvas de flujo volumen en ventilación convencional.	SI	SI	SI
Pantalla con capacidad de monitorizar simultáneamente parámetros programados y en tiempo real, además de curvas de flujo o volumen sin necesidad de modificaciones de pantalla.	SI	SI	SI
Capacidad de ventilación convencional, invasiva y no invasiva, no convencional, HFO.	SI	SI	SI
Capacidad de medición de capnografía con sensor de ETCO2.	SI	SI	SI
MODOS VENTILATORIOS: Modo HFO (o equivalente), Modo VNI Nasal (o equivalente), Modo VNI DuoPAP (Bipap o equivalente), Modo IPPV. (O equivalentes por marca, indicar), Modo SIMV (O equivalente por marca, indicar), SIPPV (O equivalente por marca, indicar), CPAP (O equivalente por marca, indicar), Ventilación de respaldo de apnea.	SI	SI	SI
FUNCIONES AVANZADAS: Disparo por flujo, Medición proximal de la presión a través de línea de presión proximal, Disparo por flujo y presión, Modalidades VNI con compensación de fugas, Conexión para uso de cánula nasal, Medición proximal del flujo.	SI	SI	SI
Debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento del equipo.	SI	SI	SI
Normativas: Norma CE o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.	SI	SI	SI
Inversión sin IVA	\$135.000.000	\$116.935.917	\$139.500.000



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/00094369>

Inversión con IVA	\$160.650.000	\$139.153.741	\$166.005.000
CAE	\$39.000.912	\$42.071.325	\$32.550.317

Modelo / Marca/ Especificaciones Técnicas	Modelo: Babylog VN600 Marca: Dräger	Modelo: SLE 6000 Marca: SLE LIMITED	Modelo: Fabian Therapy Evolution Marca: Vyare
Equipo que permita ventilación no invasiva neonatal.	SI	SI	SI
Debe disponer de Monitor de O2 (FiO2)	SI	SI	SI
Incluir mezclador electrónico de gases.	SI	SI	SI
Contemplar pantalla táctil.	SI	SI	SI
Debe mostrar curvas de presión.	SI	SI	SI
Condiciones eléctricas: 220 VAC, 50 Hz. Incluye cable de poder o adaptador tipo L.	SI	SI	SI
Modos de Ventilación: NIV; Trigger de NIV; Terapia de alto flujo con O2; Descarga de O2; Respiración Manual.	SI	SI	SI
Considerar todo accesorio, software, insumo y equipamiento que permita el correcto funcionamiento del equipo.	SI	SI	SI
Incluir Software NCPAP y DUOPAP. (Compatible con modos de ventilación solicitados).	SI	SI	SI
Debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento del equipo.	SI	SI	SI
Certificación: Norma CE (europea) o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.	SI	SI	SI
Inversión sin IVA	\$177.000.000	\$270.000.000	\$125.395.366

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/0009437369>



Inversión con IVA	\$210.630.000	\$321.300.000	\$149.220.486
CAE	\$56.842.291	\$71.017.823	\$42.216.369

Modelo / Marca/ Especificaciones Técnicas	Modelo:HM70 Marca: Samsung	Modelo: Vivid IQ Premium Marca: General Electric	Modelo: Ultrasound 5500 GI Marca: Philips
Ecógrafo portátil con Monitor táctil de al menos 10 pulgadas, full HD o similar. Para uso en pediatría y neonatología de tipo laptop o similar técnico. Incluir carro compatible con equipo ofertado.	SI	SI	SI
Debe permitir al menos las siguientes aplicaciones: Cardiología pediátrico, neonatal, intraoperatoria, transesofágica 2D, vascular periférica, musculo esquelético y transcraneal.	SI	SI	SI
Conexión debe incluir: HDMI, Ethernet, Puertos USB y entrada para periféricos.	SI	SI	SI
Incluir Dicom Full.	SI	SI	SI
Considerar Softwares, herramientas y tecnologías para almacenamiento, optimización y verificación de imágenes.	SI	SI	SI
Modos de uso permitidos (mínimos): Modo-B, PDI, CFM, PW, CW, Modo-M (además de Modo-M Color Flow y Anatómico), Modo Zoom HD, Modo espera, Modo Doppler, Modo Dual y Cuádruplo, imagen en tiempo real y Freeze.	SI	SI	SI
Transductor Sectorial Matricial de banda ancha para las siguientes aplicaciones: Cardíaca, abdominal, Transcraneal, Eco stress, Corazón fetal, Coronaria y Trauma.	SI	SI	SI
Transductor Sectorial banda ancha para las siguientes aplicaciones: Transtorácicas pediátricos, Abdominal.	SI	SI	SI
Transductor Sectorial Phased Array de banda ancha con Aplicaciones Principales: Transtorácicas neonatal, abdomen, Cefálico	SI	SI	SI

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/00059437369>



neonatal			
Transductor matricial Lineal de banda ancha. Aplicaciones Principales: Partes blandas, Partes pequeñas, Músculo Esquelético, Superficial, Vascular, Neonatal, Pediátrico, Nervios	SI	SI	SI
Transductor Micro Convexo de banda ancha. Aplicaciones Principales: Abdomen pediátrico neonatal, Fontanelar	SI	SI	SI
Transductor Convexo 2D de banda ancha, Aplicaciones Principales: Abdomen, ginecología, obstetricia, urología y vascular	SI	SI	SI
Debe considerar al menos: Impresora térmica, UPS, cables ECG y todo accesorio, software o insumo que permita el correcto funcionamiento del equipo.	SI	SI	SI
Debe incluir todos los accesorios, elementos, software que permitan el correcto funcionamiento del equipo.	SI	SI	SI
Certificación: Norma CE (europea) o FDA, Certificación ISO 13485 y/o 14001 vigente Certificación IEC 60601-1.	SI	SI	SI
Inversión sin IVA	\$84.990.000	\$89.392.226	\$86.103.347
Inversión con IVA	\$101.138.100	\$106.376.749	\$102.462.983
CAE	\$25.158.421	\$25.490.185	\$27.675.983

ALTERNATIVA SELECCIONADA ACTIVO NO FINANCIERO (adquirir o reponer)

La mejor alternativa para este proyecto es la reposición de los 16 Ventiladores Mecánicos y 01 Ecógrafo por un monto total de M\$765.391.

FINANCIAMIENTO en Miles de \$.

FUENTE	SOLICITADO AÑO 2025	SOLICITADO AÑO SIGUIENTE	SALDO POR INVERTIR	COSTO TOTAL M\$
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.				

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/0089437369>



FNDR	\$765.391			\$765.391

DESGLOSE PRESUPUESTARIO en Miles de \$.

SUBTIT.	ITEM	ACTIVO	DESCRIPCIÓN	COSTO TOTAL M \$
29	01	Edificios		
	03	Vehículos		
	04	Mobiliario y Otros		
	05	Máquinas y Equipos	VENTILADORES MECÁNICOS / ECOCARDIOGRAFO	\$765.391
	06	Equipos Informáticos		
	07	Programa Informáticos		
	99	Otros Activos No Financieros		
		TOTAL M\$		\$765.391

* De acuerdo a Instrucciones para Ejecución de la Ley de Presupuestos del Sector Público.

FECHA PROBABLE DE LICITACIÓN (mes, año)

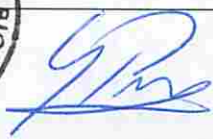
Octubre 2025

FECHA PROBABLE DE ADJUDICACIÓN (mes, año)

Noviembre 2025

FECHA PROBABLE INICIO ESTUDIO O ADQUISICIÓN (mes, año)

Diciembre 2025

RESPONSABLE INFORMACIÓN	REPRESENTANTE INSTITUCIÓN
  Firma y Timbre	  Firma y Timbre
Nombre: Gerar Giovanni Peña Miranda	Nombre: Manuel Herbage Escalona
Teléfono: (+56 43) 2336938	Teléfono: (+56 43) 2332449
Correo Electrónico: gerar.pena@ssbiobio.cl	Correo Electrónico: manuel.herbage@ssbiobio.cl



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/000594369>

1.INICIATIVA DE INVERSIÓN

TIPOLOGÍA : PROYECTO
CÓDIGO BIP : 40071088-0
NOMBRE IDI : REPOSICION DE EQUIPOS PARA UPC INFANTIL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ
DESCRIPTOR : SIN DESCRIPTORES
RATE = RESULTADO ANALISIS TÉCNICO ECONÓMICO DEL MINISTERIO DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

RATE

2. ETAPA ACTUAL : PERFIL
3. SECTOR/SUBSECTOR : SALUD / ALTA COMPLEJIDAD
4. LOC. GEOGRÁFICA : PROVINCIA DE BIO BIO
6. DISTRITO :
8. PROYECTO RELAC. :
9. SEIA : NO CORRESPONDE

5. COMP. DE ANÁLISIS : REGIONAL
7. CIRCUNSCRIPCIÓN :

10. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

EL PRESENTE PROYECTO TIENE COMO OBJETIVO OFRECER UNA SOLUCIÓN CONCRETA AL DÉFICIT DE EQUIPAMIENTO EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO INFANTIL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES.

11. DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA PROGRAMADA.

EN RELACIÓN CON EL MAL ESTADO DE LOS EQUIPOS ACTUALES, QUE SE DEBE AL FINAL DE SU VIDA ÚTIL Y A LA OBSOLESCENCIA TECNOLÓGICA. ASÍ, AL CORREGIR LAS DEFICIENCIAS IDENTIFICADAS EN ESTA UNIDAD, SE PODRÁ MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS, ASÍ COMO TAMBIÉN AUMENTAR LA PRODUCTIVIDAD Y LA COBERTURA DE LA DEMANDA.

12. CORRESPONDE A UN ÁREA DE DESARROLLO INDÍGENA : NO

13. GEORREFERENCIACIÓN

14. SITUACIÓN DE LA SOLICITUD : NUEVA

15. SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO

Fuente	Asignación Presupuestaria (Item)	Moneda	Pagado al 31/12/2024	Solicitado para el año 2025	Solicitado años siguientes	Costo Total
F.N.D.R.	EQUIPOS	M\$	0	765.391	0	765.391
Total			0	765.391	0	765.391

Moneda Presupuesto 2025 / Factor: 170.297

FECHA CREACIÓN SOLICITUD: 02/04/2025

FECHA ÚLTIMA MODIFICACIÓN: 20/08/2025



16. PROGRAMACIÓN DE LA INVERSIÓN

Aportes Directos

Asignación Presupuestaria (Item)	Duración	Inicio	Término	Monto Directo (M\$) (MUS\$)	
EQUIPOS	1 Meses	jun / Año 01	jun / Año 01	765.391	
TOTAL				765.391	

Moneda Presupuesto 2025 / Factor: 170.297

Otros Aportes

Fuente	Aporte Indirecto

17. REGISTRO DE INGRESO EN EL S.N.I

Recepción	Fecha	Institución Responsable
-----------	-------	-------------------------

18. RESULTADO DEL ANÁLISIS TÉCNICO ECONÓMICO

RATE	Resultado	Fecha	Institución de Análisis
------	-----------	-------	-------------------------

19. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/0009453369>

20. INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Institución Formuladora de la Etapa	SERVICIO SALUD BIO BIO
Instituciones Financieras	GOBIERNO REGIONAL - REGION DEL BIO BIO
Instituciones Técnicas	SERVICIO SALUD BIO BIO

23. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO

Duración.

1 MESES

Beneficiarios Directos

HOMBRES : 41.407

MUJERES : 40.478

TOTAL : 81.885

Magnitud del Proyecto

Magnitud	Unidad Medida
17	UNIDAD

Indicadores del Resultado

Nombre del Indicador	Valor
COSTO ANUAL EQUIVALENTE	M\$ 71.220,0

24. HISTORIAL DE PRESUPUESTO DEL PROYECTO PARA LA ETAPA SELECCIONADA

A. Solicitudes de Financiamiento.

Año IDI	Rate	Pagado Acumulado (M\$)	Solicitado Año (M\$) (MUS\$)	Solicitado años siguientes (M\$) (MUS\$)	Costo Total (M\$) (MUS\$)
---------	------	------------------------	------------------------------	--	---------------------------

B. Ejecución Presupuestaria.

Año Asignación	Fuente	RATE	Moneda	Monto Vigente	Gasto Total
----------------	--------	------	--------	---------------	-------------

25. FUNCIONARIO RESPONSABLE

Nombre	Institución	Cargo	Fono	Correo Electrónico
JULIO MORALES IRAIRA	SERVICIO SALUD BIO BIO	PROF DEPTO GESTION INVERSIONES	043-336914/336936	julio.morales@ssbiobio.cl

