**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA**

La Empresa Proponente, debe manifestar su aceptación y especificar su propuesta. Asimismo, deberán adjuntar la documentación de respaldo que corresponda y firmar al pie del Formulario.

**ITEM 4: COLCHONES ANTIESCARAS PISO 2 Y 3**

| **DESCRIPCION DEL ÍTEM** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** |
| --- | --- | --- |
| **PROPUESTA TÉCNICA** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES (especificar el por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN***:* *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)*  |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| **TIEMPO DE ENTREGA** HASTA 30 DIAS  |  |  |  |  |
| **Características:** * Prevención de Ulceras segura y eficaz
* Diseño en forma de cubos que se adapta a la forma del cuerpo y reduce los puntos de presión y las fricciones.
* El espacio ente los cubos favorece el paso de aire lo que reduce la creación de humedad, reduciendo así el riesgo de maceración y de cizalladura.
* La zona de los talones, de baja densidad proporciona un soporte agradable para talones y tobillos.
* Se adapta a la mayoría de somieres y a todas las posiciones de cama
* Higiénico y fácil de limpiar.
* La espuma viscoelastica termosensible se adapta al cuerpo del paciente, distribuyendo su peso de manera uniforme en cualquier posición, aumentando su comodidad y mejorando la distribución de los puntos de presión.
* Colchón completamente hermético dispone de una funda de poliuretano resistente al agua, permeable al vapor de la humedad, multielástica, impermeable, bacteriostática, fungistática, fácil de limpiar y desinfectar que mejora la higiene para los pacientes y el personal asistencial.

***ESPECIFICACIONES TECNICAS APROXIMADAS**** Largo 198 o 203 cm.+
* Ancho 85 o 90 cm.
* Alto 14 cm.
* Carga segura de trabajo 250 kg.
* Peso terapéutico recomendado de 30 a 150 kg.
* Para desinfección se puede usar soluciones a base de cloro.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION Y CAPACITACION** |  |  |  |  |
| **RECEPCION O ENTREGA DEL EQUIPO** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ, PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: DENTRO DE LO PREVISTO POR LA INSTITUCIÓN E INCLUYE LA INSTALACION Y LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
* ***INSTALACION,*** LA EMPRESA PROPONENTE REALIZA COORDINARA PARA LA UBICACIÓN DE LOS PUNTOS DE INSTALACION,POSTERIOR A LA RECEPCION Y CONFORMIDAD DE LA COMISION DE RECEPCION (SI ASI LO REQUIERA)
 |  |  |  |  |
| **GARANTIAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION:

EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO.  |  |  |  |  |
| * **PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO** EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD.
 |  |  |  |  |
| * GARANTIA POST VENTA: DISPONIBILIDAD DE DOTACION DE INSUMOS, REPUESTOS, ACCESORIOS Y SOPORTE TECNICO DE POR LO MENOS TRES AÑOS POSTERIOR A LA CONCLUSION DE LA GARANTIA COMERCIAL, SUJETO A ACUERDO ENTRE PARTES.
 |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA PROPONENTE**