

ITEM:1	BANDEJA METALICA	CANTIDAD: 3 PIEZA
MARCA:	MODELO:	
PAÍS DE FABRICACIÓN:		
<b>I. REQUISITOS BÁSICOS:</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>		
APLICACIÓN, PARA ALMACENAR MATERIALES DENTALES, INSTRUMENTOS DENTALES, ETC  1. ACERO INOXIDABLE 2. ESPESOR MÍNIMO DE 0.4 mm O MEJOR 3. SIN TAPA 4. DIMENSIONES 40x30x5 cm 5. FÁCIL DE LIMPIAR		
<b>RECEPCION O ENTREGA DEL EQUIPO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LUGAR:</b> EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ, PREVIA COORDINACION.</li> <li>• <b>PLAZO:</b> NO MAYOR A TREINTA DÍAS CALENDARIO</li> </ul>		
<b>GARANTÍAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA 1 AÑO VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD</li> </ul>		

  
 JEFATURA DE ENFERMERIA  
 DE POLICONSULTORIO CENTRAL  
 REGIONAL LA PAZ  
 CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA

ÍTEM: 1	TERMOMETRO PEDIATRICO	CANTIDAD: 2 PIEZA
MARCA: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)		MODELO: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)
PAÍS DE FABRICACIÓN: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)		AÑO FABRICACIÓN: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE (2021))
<b>I. REQUISITOS BASICOS:</b>		
<b>CARACTERISTICAS TECNICAS</b>		
<p><b>GENERALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TERMOMETRO DIGITAL IR O SIMILAR</li> <li>• PARA USO EN PACIENTES PEDIATRICOS.</li> <li>• MEDICION NO INVASIVA</li> <li>• DISTANCIA AL MENOS 5 CM.</li> <li>• LECTURA RAPIDA EN MENOS DE 1 MINUTO</li> <li>• PANTALLA LCD</li> <li>• APAGADO AUTOMATICO</li> <li>• RESISTENTE AL AGUA Y DESINFECTABLE</li> <li>• BATERIAS O PILAS REEMPLAZABLES</li> <li>• ALARMAS AUDITIVAS Y/O VISUALES</li> <li>• RANGO DE TEMPERATURA 32° A 42° O MEJOR</li> <li>• COLORES DE AL MENOS DOS PROPUESTAS PARA ELECCION DE LA INSTITUCION.</li> </ul>		
<b>ACCESORIOS REQUERIDOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TERMOMETRO</li> <li>2. PILAS O BATERIAS RECARGABLES</li> <li>3. PROTECTOR O ESTUCHE, SI CORRESPONDE</li> </ol>		
<b>DOCUMENTACIÓN TÉCNICA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CATALOGO O FICHA TÉCNICA: ADJUNTAR EN LA PROPUESTA EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</li> </ul>		
<b>RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LUGAR: EN AMBIENTES CSBP REGIONAL LA PAZ PREVIA COORDINACION</li> <li>• PLAZO: NO MAYOR A TREINTA DÍAS HABILES, DENTRO DE ELLO INCLUYE LA INSTALACION Y LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.</li> </ul>		
<b>GARANTIAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, 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</li> </ul>		

  
 Elic. Jhonny A. Cochani Canaviri  
 JEFEATURA DE ENFERMERIA  
 DEL HOSPITAL CONSULTORIO CENTRAL  
 REGIONAL LA PAZ  
 CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA

<b>ÍTEM: 1</b>	<b>TALLIMETRO PEDIATRICO</b>	<b>CANTIDAD: 2 PIEZA</b>
<b>MARCA:</b> (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)		<b>MODELO:</b> (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)
<b>PAÍS DE FABRICACIÓN:</b> (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)		<b>AÑO FABRICACIÓN:</b> (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)
<b>I. REQUISITOS BASICOS:</b>		
<b>CARACTERISTICAS TECNICAS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PARA PACIENTES NEONATALE O PEDIÁTRICOS.</li> <li>2. PARA ESTUDIOS NUTRICIONAL Y DE DESARROLLO DE LACTANTES Y NIÑOS</li> <li>3. RANGO DE MEDICION DE 100 CM O MEJOR</li> <li>4. SUPERFICIE LISA</li> <li>5. DE FACIL LIMPIEZA Y DESINFECCION</li> <li>6. MATERIAL DE PLASTICO ABS O SIMILAR</li> <li>7. TOPE DE CABEZA RIGIDA</li> <li>8. TOPE DE PIE MOVIL</li> <li>9. ESCALA LEGIBLE Y BIEN DIMENSIONADA</li> </ol>		
<b>ACCESORIOS REQUERIDOS</b>		
1.		
<b>DOCUMENTACIÓN TÉCNICA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CATALOGO O FICHA TÉCNICA: ADJUNTAR EN LA PROPUESTA EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</li> </ul>		
<b>RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LUGAR: EN AMBIENTES CSBP REGIONAL LA PAZ PREVIA COORDINACION</li> <li>• PLAZO: NO MAYOR A TREINTA DÍAS CALENDARIO, DENTRO DE ELLO INCLUYE LA INSTALACION Y LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.</li> <li>• LA EMPRESA ADJUDICADA DEBERA PROVEER TODOS LOS MATERIALES, INSUMOS Y TODO LO NECESARIO PARA LA CORRECTA OPERACIÓN, PRUEBAS Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO</li> <li>• CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO, SI ASI LA INSTITUCION LO REQUIERA</li> </ul>		
<b>GARANTIAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA NO MENOR A UN AÑO VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD.</li> </ul>		

  
 Lic. Juliana A. Condoni  
 JEFATURA DE ENFERMERIA  
 DE POLICONSULTORIO CENTRAL  
 REGIONAL LA PAZ  
 CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA



ITEM:1	ESPÉCULOS	CANTIDAD: 30 PIEZAS
MARCA:	MODELO:	
FABRICACIÓN:		
<b>I. REQUISITOS BÁSICOS:</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>		
<p>APLICACIÓN, procedimientos en ginecología.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pieza de uso médico.</li> <li>2. Tamaño con valva mediano grave.</li> <li>3. Fabricado en acero inoxidable quirúrgico de acuerdo normas ISO o similar.</li> <li>4. Acabado en mate o satinado.</li> <li>5. Se debe permitir lavados con detergentes enzimáticos o similares.</li> <li>6. Resistes a golpes, agentes corrosivos y altas temperaturas.</li> <li>7. Auto clavable.</li> <li>8. Con sistema de seguridad, que evite el cierre de las valvas durante el exámenes o procedimiento.</li> <li>9. Con mango ergonómico.</li> <li>10. Lamina superior 10.5cm, lamina inferior 11cm ancho 3.8cm.</li> </ol>		
<b>RECEPCION O ENTREGA DEL EQUIPO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LUGAR:</b> EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ, PREVIA COORDINACION.</li> <li>• <b>PLAZO:</b> NO MAYOR A TREINTA DÍAS CALENDARIO, DENTRO DE ELLO INCLUYE LA INSTALACION Y LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.</li> </ul>		
<b>GARANTÍAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO ES NUEVO (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN),</li> <li>• GARANTÍA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTÍA CON COBERTURA DE REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS,</li> <li>• EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA 1 AÑO VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD</li> </ul>		

  
 Lic. Mirella R. Condori Canaviri  
 JEFATURA DE ENFERMERIA  
 DE POLICONSULTORIO CENTRAL  
 REGIONAL LA PAZ  
 CALLE DE CALLE DE LA BANCA PRIVADA

ITEM:1	BLEFARÓSTATO NEONATOS	CANTIDAD: 3 PIEZAS
MARCA:	MODELO:	
<b>I. REQUISITOS BÁSICOS:</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>		
<p>APLICACIÓN, PROCEDIMIENTOS EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TITANIO</li> <li>2. AUTOCLAVABLE</li> <li>3. HOJAS SOLDADAS DE 6MM O MEJOR</li> </ol>		
<b>RECEPCION O ENTREGA DEL EQUIPO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LUGAR:</b> EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ, PREVIA COORDINACION. POLICONSULTORIO CENTRAL CALLE CAPITAN RAVELO</li> <li>• <b>PLAZO:</b> NO MAYOR A (15) QUINCE DÍAS CALENDARIO, DENTRO DE ELLO INCLUYE LA INSTALACION Y LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.</li> </ul>		
<b>GARANTÍAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GARANTÍA COMERCIAL:</b> EQUIPO CUENTA CON GARANTÍA CON COBERTURA DE REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS,</li> </ul>		

  
 Dr. Carlos E. Alvarado Altaga  
 JEFE DE POLICONSULTORIO  
 REGIONAL LA PAZ  
 CIA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA

ÍTEM: 1	TERMOMETRO DIGITAL	CANTIDAD: 12 PIEZA
MARCA: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)		MODELO: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)
PAÍS DE FABRICACIÓN: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)		AÑO FABRICACIÓN: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)
I. REQUISITOS BASICOS:		
CARACTERISTICAS TECNICAS		
<b>GENERALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TERMOMETRO DIGITAL TIPO IR</li> <li>• MEDICION NO INVASIVA</li> <li>• DISTANCIA DE 5 CM O MENOR</li> <li>• LECTURA RAPIDA DE 2 SEGUNDOS O MENOR</li> <li>• PANTALLA LCD</li> <li>• APAGADO AUTOMATICO</li> <li>• BATERIAS O PILAS REEMPLAZABLES</li> <li>• ALARMAS AUDITIVAS Y/O VISUALES</li> <li>• RANGO DE TEMPERATURA 32° A 42° MEDICION CORPORAL</li> <li>• MEMORIA GUARDA VALORES</li> </ul>		
<b>ACCESORIOS REQUERIDOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TERMOMETRO</li> <li>2. PILAS</li> <li>3. PROTECTOR O ESTUCHE, SI CORRESPONDE</li> </ol>		
<b>DOCUMENTACIÓN TÉCNICA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CATALOGO O FICHA TÉCNICA: ADJUNTAR EN LA PROPUESTA EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</li> <li>• <b>MANUAL DE USUARIO U OPERACIONES:</b> MÁXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEBERÁ ENTREGAR EL <b>MANUAL ORIGINAL EN FÍSICO Y DIGITAL</b>, SI EL MISMO NO ESTA EN ESPAÑOL ACOMPAÑAR UNA TRADUCCIÓN.</li> </ul>		
<b>RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LUGAR: EN AMBIENTES CSBP REGIONAL LA PAZ PREVIA COORDINACION (CLÍNICA OBRAJES, CALLE ORMACHEA)</li> <li>• PLAZO: NO MAYOR A (15) QUINCE DÍAS HABLES</li> <li>• CAPACITACION: EN EL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO, SI ASI LA INSTITUCION LO REQUIERA</li> </ul>		
<b>GARANTIAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO <b>ES NUEVO</b> (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A UN AÑO. EN CASO DE ADJUDICACION, SI LA CSBP LO REQUIERE <b>EN LA RECEPCION</b> DEBERA PRESENTAR DOCUMENTACION DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACION)</li> <li>• GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON <b>COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FABRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACION Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TECNICO</b> EL PERIODO DE ESTA GARANTIA SERA <b>NO MENOR A SEIS MESES VIGENTE A PARTIR DE LA EMISION DEL ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDA</b></li> </ul>		

  
 Lic. Miriam Waida Orozco Guzmán  
 JEFE DE ENFERMERIA  
 REGIONAL LA PAZ  
 Validez con de La Banca Privada



ITEM: 2	FONENDOSCOPIO	CANTIDAD: 10 PIEZAS
MARCA (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)	MODELO: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)	
PAÍS DE FABRICACIÓN: (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)	AÑO FABRICACIÓN (A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)	
<b>I. REQUISITOS BASICOS:</b>		
<b>CARACTERISTICAS TECNICAS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PARA PACIENTES ADULTOS.</li> <li>2. MATERIAL DEL AURICULAR. ALEACION AEROSPAZIAL CON DIÁMETRO AMPLIO.</li> <li>3. CAPACIDAD DE DETECTAR SONIDOS DE BAJA Y ALTA FRECUENCIA</li> <li>4. EL RECEPTACULO DEBERÁ TENER EN SUS BORDES UNOS ANILLOS DE PROTECCIÓN CONTRA EL FRIO.</li> <li>5. ACCESORIOS               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. KIT DE ACCESORIOS DE REPUESTOS</li> <li>b. UN ESTUCHE QUE PERMITA GUARDAR ADECUADAMENTE EL EQUIPO.</li> </ol> </li> </ol>		
<b>DOCUMENTACIÓN TÉCNICA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CATALOGO O FICHA TÉCNICA: ADJUNTAR EN LA PROPUESTA EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</li> </ul>		
<b>RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LUGAR: EN AMBIENTES DE CSBP REGIONAL LA PAZ (CLINICA REGIONAL)</li> <li>• PLAZO: NO MAYOR A 15 DIAS HABLES</li> </ul>		
<b>GARANTIAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACION: EQUIPO OFERTADO ES NUEVO (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACION), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACION NO MAYOR A DOS AÑOS. EN CASO DE ADJUDICACION, SI LA CSBP LO REQUIERE EN LA RECEPCION DEBERA PRESENTAR DOCUMENTACION DE RESPALDO (EJEMPLO CERTIFICADO DE ORIGEN, CERTIFICADO DE FABRICACION)</li> <li>• GARANTIA COMERCIAL: EQUIPO CUENTA CON GARANTIA CON COBERTURA DE REPARACION Y/O SUSTITUCION DEL EQUIPO, 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</li> </ul>		

  
 Lic. Miriam Hilda Cruz Guzman  
 JEFE DE ENFERMERIA  
 REGIONAL LA PAZ  
 Caja de Salud de La Paz Privada

## MODELO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifiestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>I. DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<i>POCILLOS DE ACERO INOXIDABLE</i>				
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>				
<b>A. REQUISITOS DEL BIEN</b>				
1. Requisito 1: Acero inoxidable de primera calidad				
2. Requisito 2: Capacidad aprox. 200 ml.				
<b>B. INSTALACIÓN DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>C. INSPECCIÓN Y PRUEBAS</b>				
<i>En caso de adjudicación, al momento de la entrega debe efectuarse todas las pruebas de funcionamiento que sean necesarias</i>				
<b>C. PROVISIÓN DE REPUESTOS</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>D. MANUALES</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>G. OTROS</b>				
<b>III. CONDICIONES DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<b>A. PLAZO DE ENTREGA</b>				
<i>La CSBP solicita un plazo de entrega referencial de 80 días calendario, computable a partir de la notificación de adjudicación</i>				
<b>B. GARANTIAS</b>				

I.Q. María Rebeca Blandino La Torre  
 SUPERVISORA DE QUIROFANOS  
 HOSPITALIZACIÓN  
 CLINICA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA

*Blandino*



## MODELO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifiestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>I. DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<b>SEPARADOR AUTOESTÁTICO WILLIAMS IZQUIERDA</b>				
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>				
<b>A. REQUISITOS DEL BIEN</b>				
1. Requisito 1: Acero inoxidable de primera calidad color mate para evitar el brillo y reflejo de la lámpara cialítica durante el procedimiento quirúrgico.				
2. Requisito 2 : Longitud 170 mm aprox.				
3. Requisito 3. Valva ancha a la izquierda				
4.Requisito 4. Debe llevar grabado en laser CSBP				
<b>B. INSTALACIÓN DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>C. INSPECCIÓN Y PRUEBAS</b>				
<i>En caso de adjudicación, al momento de la entrega debe efectuarse todas las pruebas de funcionamiento que sean necesarias</i>				
<b>C. PROVISIÓN DE REPUESTOS</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>D. MANUALES</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>G. OTROS</b>				

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifiestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>III. CONDICIONES DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<b>A. PLAZO DE ENTREGA</b>				
<i>La CSBP solicita un plazo de entrega referencial de 80 días calendario, computable a partir de la notificación de adjudicación</i>				
<b>B. GARANTIAS</b>				
<i>El instrumento debe contar con Garantía técnica del fabricante y del proveedor de por lo menos 10 (diez) años</i>				
<b>C. RÉGIMEN DE MULTAS</b>				
<i>Se aplicará una multa del 0,3 % por día de retraso en la entrega del bien</i>				
<b>D. FORMA DE PAGO</b>				
<i>La CSBP pagará por el bien en el plazo de 20 días calendario posterior a la recepción satisfactoria del mismo por parte de la Comisión de Recepción</i>				
<b>E. FORMA DE ENTREGA Y RECEPCION DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>B. GARANTIAS</b>				

*Andrés del Valle*

Che. Dr. Marco Antonio Pineda de Pineda  
 RESPONSABLE DE LA CENTRAL  
 DE ESTERILIZACIÓN  
 Casa de Salud de la Banca Privada



## MODELO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>I. DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<b>SEPARADOR AUTOESTÁTICO WILLIAMS DERECHA</b>				
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>				
<b>A. REQUISITOS DEL BIEN</b>				
1. Requisito 1: Acero inoxidable de primera calidad color mate para evitar el brillo y reflejo de la lámpara cialítica durante el procedimiento quirúrgico.				
2. Requisito 2 : Longitud 170 mm aprox.				
3. Requisito 3. Valva ancha a la derecha				
4.Requisito 4. Debe llevar grabado en laser CSBP				
<b>B. INSTALACIÓN DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>C. INSPECCIÓN Y PRUEBAS</b>				
<i>En caso de adjudicación, al momento de la entrega debe efectuarse todas las pruebas de funcionamiento que sean necesarias</i>				
<b>C. PROVISIÓN DE REPUESTOS</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>D. MANUALES</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>G. OTROS</b>				



REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifiestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>III. CONDICIONES DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<b>A. PLAZO DE ENTREGA</b>				
<i>La CSBP solicita un plazo de entrega referencial de 80 días calendario, computable a partir de la notificación de adjudicación</i>				
<b>B. GARANTIAS</b>				
<i>El instrumento debe contar con Garantía técnica del fabricante y del proveedor de por lo menos 10 (diez) años</i>				
<b>C. RÉGIMEN DE MULTAS</b>				
<i>Se aplicará una multa del 0,3 % por día de retraso en la entrega del bien</i>				
<b>D. FORMA DE PAGO</b>				
<i>La CSBP pagará por el bien en el plazo de 20 días calendario posterior a la recepción satisfactoria del mismo por parte de la Comisión de Recepción</i>				
<b>E. FORMA DE ENTREGA Y RECEPCION DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>B. GARANTIAS</b>				

*Andrés del Valle*

  
 RESPONSABLE DE LA CENTRAL  
 DE ESTERILIZACIÓN  
 Calle de Sucre en la Banca Polvada

## MODELO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifiestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>I. DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<i>PINZA FERRIS SMITH KERRISON</i>				
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>				
<b>A. REQUISITOS DEL BIEN</b>				
1. Requisito 1: Acero inoxidable de primera calidad color mate para evitar el brillo y reflejo de la lámpara cialítica durante el procedimiento quirúrgico.				
2. Requisito 2 : Longitud 200 mm aprox.				
3. Requisito 3. Boca de mordida arriba 130° x 5 mm				
4.Requisito 4. Debe llevar grabado en laser CSBP				
<b>B. INSTALACIÓN DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>C. INSPECCIÓN Y PRUEBAS</b>				
<i>En caso de adjudicación, al momento de la entrega debe efectuarse todas las pruebas de funcionamiento que sean necesarias</i>				
<b>C. PROVISIÓN DE REPUESTOS</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>D. MANUALES</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>G. OTROS</b>				

*[Handwritten signature]*

*Dr. María Rendo Balleza Obispo*  
**RESPONSABLE DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**  
 Caja de Salud de la Banca Privada



## MODELO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>I. DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<i>PINZA FERRIS SMITH KERRISON</i>				
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>				
<b>A. REQUISITOS DEL BIEN</b>				
1. Requisito 1: Acero inoxidable de primera calidad color mate para evitar el brillo y reflejo de la lámpara cialítica durante el procedimiento quirúrgico.				
2. Requisito 2 : Longitud 200 mm aprox.				
3. Requisito 3. Boca de mordida arriba 90° x 5 mm				
4. Requisito 4. Debe llevar grabado en laser CSBP				
<b>B. INSTALACIÓN DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>C. INSPECCIÓN Y PRUEBAS</b>				
<i>En caso de adjudicación, al momento de la entrega debe efectuarse todas las pruebas de funcionamiento que sean necesarias</i>				
<b>C. PROVISIÓN DE REPUESTOS</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>D. MANUALES</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>G. OTROS</b>				

*Andrés Ballester*

Dra. María Renée Ballester Vique  
 RESPONSABLE DE LA CENTRAL  
 DE ESTABILIZACIÓN  
 Caja de Salud de la Banca Privada



## MODELO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>I. DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<i>PINZA DE DISCO CUSHING</i>				
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>				
<b>A. REQUISITOS DEL BIEN</b>				
1. Requisito 1: Acero inoxidable de primera calidad color mate para evitar el brillo y reflejo de la lámpara cialítica durante el procedimiento quirúrgico.				
2. Requisito 2 : Longitud 180 mm aprox.				
3. Requisito 3. Boca de mordida recta 2 x 10 mm cortante				
4. Requisito 4. Debe llevar grabado en laser CSBP				
<b>B. INSTALACIÓN DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>C. INSPECCIÓN Y PRUEBAS</b>				
<i>En caso de adjudicación, al momento de la entrega debe efectuarse todas las pruebas de funcionamiento que sean necesarias</i>				
<b>C. PROVISIÓN DE REPUESTOS</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>D. MANUALES</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>G. OTROS</b>				

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*  
RESPONSABLE DE LA CENTRAL  
DE ESTERILIZACIÓN  
Casa de Salud de la Banca Privada

1 Rev 24

## MODELO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS	Para ser llenado por el proponente	Para la calificación de la entidad		
	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)	CUMPLE		Observaciones (especificar el porqué no cumple)
		SI	NO	
<b>I. DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)</b>				
<i>PINZA DE DISCO CUSHING</i>				
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>				
<b>A. REQUISITOS DEL BIEN</b>				
1. Requisito 1: Acero inoxidable de primera calidad color mate para evitar el brillo y reflejo de la lámpara cialítica durante el procedimiento quirúrgico.				
2. Requisito 2 : Longitud 180 mm aprox.				
3. Requisito 3. Boca de mordida arriba 2 x 10 mm cortante				
4. Requisito 4. Debe llevar grabado en laser CSBP				
<b>B. INSTALACIÓN DEL BIEN</b>				
<i>El equipo debe ser entregado en la Clínica de la CSBP, Zona Obrajes, Av. Ormachea calle 2, a la Comisión de Recepción designada para el efecto.</i>				
<b>C. INSPECCIÓN Y PRUEBAS</b>				
<i>En caso de adjudicación, al momento de la entrega debe efectuarse todas las pruebas de funcionamiento que sean necesarias</i>				
<b>C. PROVISIÓN DE REPUESTOS</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>D. MANUALES</b>				
<i>No se exigen</i>				
<b>G. OTROS</b>				

  
 Dra. María Renée Balleza Obregón  
 RESPONSABLE DE LA CENTRAL  
 DE ESTERILIZACIÓN  
 Caja de Salud de la Banca Privada