|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:4** | OFTALMOSCOPIO DIRECTO | **CANTIDAD**:  | 1 PIEZA |
|  |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACION DE LA ENTIDAD** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | **Características de la propuesta**(manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES**(especificar porque no cumple) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| 1. CABEZAL DE OFTALMOSCOPIO.
	1. LENTES DE RANGO MAYOR O IGUAL – 25D HASTA +40D
	2. LENTES DE ENFOQUE: 24 O SUPERIOR
	3. COMBINACIONES DE APERTURA Y FILTRO 18 O SUPERIOR.
	4. ILUMINACIÓN POR LÁMPARA LED O HALOGENA
 |  |  |  |  |
| **ACCESORIOS REQUERIDOS** |  |  |  |  |
| * UN CABEZAS DE OFTOLMOSCOPIO
* UNA (1) LÁMPARA LED O HALOGENO DE REPUESTO
* MANGO RECARGABLE (CARGADOR DE BATERÍA Y BATERIA).
 |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION Y NORMATIVAS A CUMPLIR** |  |  |  |  |
| EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA. O MARCADO CE VIGENTES**, CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** |  |  |  |  |
| * ***CATALOGO O FICHA TÉCNICA:*** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
* **MANUAL DE USUARIO**: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: NO MAYOR A (30) TREINTA DIAS CALENDARIO, LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
* ***INSTALACION,*** *LA EMPRESA PROPONENTE REALIZA COORDINARA PARA LA UBICACIÓN DE INSTALACION,**ESTO POSTERIOR A LA RECEPCION Y CONFORMIDAD DE LA COMISION DE RECEPCION.*
 |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACIÓN NO MAYOR A DOS AÑOS.
* GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
 |  |  |  |  |
| **II. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS (20 PTS)** |  |  |  |  |
| ENTREGA ***MENOR*** AL REQUERIDO, DE ACUERDO A LA PUNTACION: (*6 PUNTOS)** 1-10 DIAS 🡪6 PUNTOS
* 11-20 DIAS 🡪 4 PUNTOS
* 21≤25 DIAS 🡪 2 PUNTOS
* 26≤30 DIAS 🡪 1 PUNTOS
 |  |  |  |  |
| ***AMPLIACIÓN*** DE GARANTÍA COMERCIAL Y DE SERVICIO TÉCNICO: A LAS GARANTÍAS SEÑALADAS CON LA COBERTURA ESPECIFICADA EN LOS REQUISITOS BÁSICOS *(5 PUNTOS)** ≥1 AÑO ADICIONAL 🡪 5 PUNTOS
* ≥6 MESES ADICIONALES A <1 AÑO ADICIONAL 🡪 2 PUNTOS
* ≥3 MESES ADICIONALES A <6 MESES ADICIONALES 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO A LAS ***MEJORAS*** DE LOS REQUERIMIENTO BASICOS (4 PUNTOS)* >3 MEJORAS 🡪 4 PUNTOS
* >2 MEJORAS 🡪 2 PUNTOS
* >1 MEJORAS 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| ***ORIGEN***: DE PREFERENCIA ORIGEN AMERICANO, EUROPEO O JAPONÉS * *(5 PUNTOS SI CUMPLE EL ORIGEN SEÑALADO)*
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:5** | CAJA DE PRISMA | **CANTIDAD**:  | 1 PIEZA |
|  |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACION DE LA ENTIDAD** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | **Características de la propuesta**(manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES**(especificar porque no cumple) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| * BARRA PRISMA HORIZONTAL
* BARRA PRISMA VERTICAL
* DOPTER(Δ): 1, 2, 4, 6, 8,10,12,14,16,18,20 O MEJOR
* DIOPTER(Δ): 1,2,3,4,5,6,8,10,12,14,16,18,20,25,30 O MEJOR
 |  |  |  |  |
| **ACCESORIOS REQUERIDOS** |  |  |  |  |
| * CAJA DE ALUMINIO, METALICO O MATERIAL SIMILAR
 |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** |  |  |  |  |
| *EN LA PROPUESTA, ADJUNTAR:** ***CATALOGO O FICHA TÉCNICA:*** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION y PRUEBAS** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: NO MAYOR A (30) TREINTA DIAS CALENDARIO, LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
 |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
 |  |  |  |  |
| **II. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS (20 PTS)** |  |  |  |  |
| ENTREGA ***MENOR*** AL REQUERIDO, DE ACUERDO A LA PUNTACION: (*6 PUNTOS)** 1-10 DIAS 🡪6 PUNTOS
* 11-20 DIAS 🡪 4 PUNTOS
* 21≤25 DIAS 🡪 2 PUNTOS
* 26≤30 DIAS 🡪 1 PUNTOS
 |  |  |  |  |
| ***AMPLIACIÓN*** DE GARANTÍA COMERCIAL Y DE SERVICIO TÉCNICO: A LAS GARANTÍAS SEÑALADAS CON LA COBERTURA ESPECIFICADA EN LOS REQUISITOS BÁSICOS *(5 PUNTOS)** ≥1 AÑO ADICIONAL 🡪 5 PUNTOS
* ≥6 MESES ADICIONALES A <1 AÑO ADICIONAL 🡪 2 PUNTOS
* ≥3 MESES ADICIONALES A <6 MESES ADICIONALES 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO A LAS ***MEJORAS*** DE LOS REQUERIMIENTO BASICOS (4 PUNTOS)* >3 MEJORAS 🡪 4 PUNTOS
* >2 MEJORAS 🡪 2 PUNTOS
* >1 MEJORAS 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| ***ORIGEN***: DE PREFERENCIA ORIGEN AMERICANO, EUROPEO O JAPONÉS * *(5 PUNTOS SI CUMPLE EL ORIGEN SEÑALADO)*
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:6** | LAMPARA DE HENDIDURA | **CANTIDAD**:  | 1 PIEZA |
|  |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACION DE LA ENTIDAD** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | **Características de la propuesta**(manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES**(especificar porque no cumple) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| * MAGNIFICACIONES AJUSTABLES DE 2 AUMENTOS O MEJOR.
* SISTEMA DE ILUMINACIÓN (FUENTE DE LUZ) HALÓGENA O LED
* AJUSTE DE DIOPTRIAS -5D ~ +5D O MEJOR
* AUMENTO OCULAR 10X O SUPERIOR.
* AMPLIACION 16X A 25X O MEJOR
* ANGULO DE HENDIDURA 0º A 180º AJUSTABLE O MEJOR
* FILTROS AZUL, GRIS O MEJOR
* INTERFAZ PARA TONOMETRO
* INTERFAZ LASER (OPCIONAL)
 |  |  |  |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** |  |  |  |  |
| * FUNCIONARA CON RED ELÉCTRICA MONOFÁSICA, 220 - 230 V, 50 HZ.
 |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION Y NORMATIVAS A CUMPLIR** |  |  |  |  |
| EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA. O MARCADO CE,** CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** |  |  |  |  |
| * ***CATALOGO O FICHA TÉCNICA:*** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
* MANUAL DE USUARIO: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: NO MAYOR A (30) TREINTA DIAS CALENDARIO, LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
* ***INSTALACION,*** *LA EMPRESA PROPONENTE REALIZA COORDINARA PARA LA UBICACIÓN DE INSTALACION,**ESTO POSTERIOR A LA RECEPCION Y CONFORMIDAD DE LA COMISION DE RECEPCION.*
 |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACIÓN NO MAYOR A DOS AÑOS.
* GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
 |  |  |  |  |
| **II. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS (20 PTS)** |  |  |  |  |
| ENTREGA ***MENOR*** AL REQUERIDO, DE ACUERDO A LA PUNTACION: (*6 PUNTOS)** 1-10 DIAS 🡪6 PUNTOS
* 11-20 DIAS 🡪 4 PUNTOS
* 21≤25 DIAS 🡪 2 PUNTOS
* 26≤30 DIAS 🡪 1 PUNTOS
 |  |  |  |  |
| ***AMPLIACIÓN*** DE GARANTÍA COMERCIAL Y DE SERVICIO TÉCNICO: A LAS GARANTÍAS SEÑALADAS CON LA COBERTURA ESPECIFICADA EN LOS REQUISITOS BÁSICOS *(5 PUNTOS)** ≥1 AÑO ADICIONAL 🡪 5 PUNTOS
* ≥6 MESES ADICIONALES A <1 AÑO ADICIONAL 🡪 2 PUNTOS
* ≥3 MESES ADICIONALES A <6 MESES ADICIONALES 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO A LAS ***MEJORAS*** DE LOS REQUERIMIENTO BASICOS (4 PUNTOS)* >3 MEJORAS 🡪 4 PUNTOS
* >2 MEJORAS 🡪 2 PUNTOS
* >1 MEJORAS 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| ***ORIGEN***: DE PREFERENCIA ORIGEN AMERICANO, EUROPEO O JAPONÉS * *(5 PUNTOS SI CUMPLE EL ORIGEN SEÑALADO)*
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:7** | LENSOMETRO | **CANTIDAD**:  | 1 PIEZA |
|  |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACION DE LA ENTIDAD** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | **Características de la propuesta**(manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES**(especificar porque no cumple) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| * CON PANTALLA LCD O MEJOR
* DETECCION DE LENTE AUTOMATICA PARA LENTES MONOFOCALES, PROGRESIVAS O MEJOR
* RANGO DE MEDIDA
	+ ESFÉRICA DE 0 A +/- 25D. O MEJOR, CON PASOS MENORES O IGUALES A 0.25D.
	+ CLINDRO DE 0 A +/- 10D, CON PASOS MENORES O IGUALES A 0.25D
	+ EJE DE 0 A 180° DE PASO DE 1° O MEJOR
* MODO PRISMA¨
	+ ORTOGONAL
	+ POLAR
	+ O MEJOR
 |  |  |  |  |
| **ACCESORIOS REQUERIDOS**  |  |  |  |  |
| * 5 ROLLOS O MEJOR DE PAPEL DE ACUERDO A LA IMPRESORA INCLUIDA
 |  |  |  |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** |  |  |  |  |
| * FUNCIONARA CON RED ELÉCTRICA MONOFÁSICA, 220 - 230 V, 50 HZ.
 |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION Y NORMATIVAS A CUMPLIR** |  |  |  |  |
| EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA. O MARCADO CE,** CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** |  |  |  |  |
| * ***CATALOGO O FICHA TÉCNICA:*** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
* **MANUAL DE USUARIO**: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: NO MAYOR A (30) TREINTA DIAS CALENDARIO, LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
* ***INSTALACION,*** *LA EMPRESA PROPONENTE REALIZA COORDINARA PARA LA UBICACIÓN DE INSTALACION,**ESTO POSTERIOR A LA RECEPCION Y CONFORMIDAD DE LA COMISION DE RECEPCION.*
 |  |  |  |  |
| ***CAPACITACIÓNES REQUERIDAS***:  |  |  |  |  |
| ***OPERATIVA Y/O MANEJO***, DEBE INCLUIR LA CAPACITACION DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL EQUIPO A LOS OPERADORES DE LA UNIDAD, INCLUYE LA CERTIFICACION EN FISICO PARA EL PERSONAL. |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACIÓN NO MAYOR A DOS AÑOS.
* GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
 |  |  |  |  |
| **II. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS (20 PTS)** |  |  |  |  |
| ENTREGA ***MENOR*** AL REQUERIDO, DE ACUERDO A LA PUNTACION: (*6 PUNTOS)** 1-10 DIAS 🡪6 PUNTOS
* 11-20 DIAS 🡪 4 PUNTOS
* 21≤25 DIAS 🡪 2 PUNTOS
* 26≤30 DIAS 🡪 1 PUNTOS
 |  |  |  |  |
| ***AMPLIACIÓN*** DE GARANTÍA COMERCIAL Y DE SERVICIO TÉCNICO: A LAS GARANTÍAS SEÑALADAS CON LA COBERTURA ESPECIFICADA EN LOS REQUISITOS BÁSICOS *(5 PUNTOS)** ≥1 AÑO ADICIONAL 🡪 5 PUNTOS
* ≥6 MESES ADICIONALES A <1 AÑO ADICIONAL 🡪 2 PUNTOS
* ≥3 MESES ADICIONALES A <6 MESES ADICIONALES 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO A LAS ***MEJORAS*** DE LOS REQUERIMIENTO BASICOS (4 PUNTOS)* >3 MEJORAS 🡪 4 PUNTOS
* >2 MEJORAS 🡪 2 PUNTOS
* >1 MEJORAS 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| ***ORIGEN***: DE PREFERENCIA ORIGEN AMERICANO, EUROPEO O JAPONÉS * *(5 PUNTOS SI CUMPLE EL ORIGEN SEÑALADO)*
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:8** | OFTALMOSCOPIO INDIRECTO | **CANTIDAD**:  | 1 PIEZA |
|  |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACION DE LA ENTIDAD** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | **Características de la propuesta**(manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES**(especificar porque no cumple) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| **COMPONENTES OFTALMOSCOPIO** * ILUMINACIÓN POR LÁMPARA HALÓGENA O LED
* AREA DE ILUMINACION: Ø18mm ±2mm, Ø50mm ±2mm
* DISTANCIA INTERPUPILAR 55mm +/- 2mm A 72mm +/-2mm
* FILTROS UV O SUPERIOR

**ACCESORIOS** * FUENTE DE ALIMENTACION PORTÁTIL O PARED/SOBREMESA
 |  |  |  |  |
| **ACCESORIOS OPCIONALES** |  |  |  |  |
| * LUPAS PARA OFTALMOLOGÍA ASFÉRICA: 20 Y 30 DIOPTRÍAS.
* DOS (02) DEPRESORES ESCLERALES.
* 1 LÁMPARA LED O HALÓGENA DE REPUESTO.
 |  |  |  |  |
| **ACCESORIOS REQUERIDOS** |  |  |  |  |
| BATERÍAS RECARGABLES DE REPUESTO MAS CARGADOR* MALETÍN DE TRANSPORTE
* ESPEJO DIDACTICO
 |  |  |  |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** |  |  |  |  |
| * FUNCIONARA CON RED ELÉCTRICA MONOFÁSICA, 220 - 230 V, 50 HZ.
 |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION Y NORMATIVAS A CUMPLIR** |  |  |  |  |
| EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA. O MARCADO CE,** CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** |  |  |  |  |
| * ***CATALOGO O FICHA TÉCNICA:*** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
* MANUAL DE USUARIO: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: NO MAYOR A ((30) TREINTA DIAS CALENDARIO, LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
* ***INSTALACION,*** *LA EMPRESA PROPONENTE REALIZA COORDINARA PARA LA UBICACIÓN DE INSTALACION,**ESTO POSTERIOR A LA RECEPCION Y CONFORMIDAD DE LA COMISION DE RECEPCION.*
 |  |  |  |  |
| ***CAPACITACIÓNES REQUERIDAS***:  |  |  |  |  |
| ***OPERATIVA Y/O MANEJO***, DEBE INCLUIR LA CAPACITACION DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL EQUIPO A LOS OPERADORES DE LA UNIDAD, INCLUYE LA CERTIFICACION EN FISICO PARA EL PERSONAL. |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACIÓN NO MAYOR A DOS AÑOS.
* GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
 |  |  |  |  |
| **II. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS (20 PTS)** |  |  |  |  |
| ENTREGA ***MENOR*** AL REQUERIDO, DE ACUERDO A LA PUNTACION: (*6 PUNTOS)** 1-10 DIAS 🡪6 PUNTOS
* 11-20 DIAS 🡪 4 PUNTOS
* 21≤25 DIAS 🡪 2 PUNTOS
* 26≤30 DIAS 🡪 1 PUNTOS
 |  |  |  |  |
| ***AMPLIACIÓN*** DE GARANTÍA COMERCIAL Y DE SERVICIO TÉCNICO: A LAS GARANTÍAS SEÑALADAS CON LA COBERTURA ESPECIFICADA EN LOS REQUISITOS BÁSICOS *(5 PUNTOS)** ≥1 AÑO ADICIONAL 🡪 5 PUNTOS
* ≥6 MESES ADICIONALES A <1 AÑO ADICIONAL 🡪 2 PUNTOS
* ≥3 MESES ADICIONALES A <6 MESES ADICIONALES 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO A LAS ***MEJORAS*** DE LOS REQUERIMIENTO BASICOS (4 PUNTOS)* >3 MEJORAS 🡪 4 PUNTOS
* >2 MEJORAS 🡪 2 PUNTOS
* >1 MEJORAS 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| ***ORIGEN***: DE PREFERENCIA ORIGEN AMERICANO, EUROPEO O JAPONÉS * *(5 PUNTOS SI CUMPLE EL ORIGEN SEÑALADO)*
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:9** | PROYECTOR DE OPTOTIPOS | **CANTIDAD**:  | 1 PIEZA |
|  |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACION DE LA ENTIDAD** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | **Características de la propuesta**(manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES**(especificar porque no cumple) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| * 40 GRAFICOS O SUPERIOR.
* DISTANCIA DE PROYECCIÓN: 2.5 A 5 METROS O MEJOR
* VELOCIDAD DE ROTACIÓN DE LOS OPTO TIPOS: 0.20 SEG. O MENOR
* ILUMINACIÓN HALOGENO O LED O MEJOR
* PROYECCIÓN DE LA MAGNIFICACIÓN O AMPLIACION DE GRAFICO: 30X A 5 METROS O MEJOR
 |  |  |  |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** |  |  |  |  |
| FUNCIONARA CON RED ELÉCTRICA MONOFÁSICA, 220 - 230 V, 50 HZ.  |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION Y NORMATIVAS A CUMPLIR** |  |  |  |  |
| EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA. O MARCADO CE,** CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** |  |  |  |  |
| * ***CATALOGO O FICHA TÉCNICA:*** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
* MANUAL DE USUARIO: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: NO MAYOR A ((30) TREINTA DIAS CALENDARIO, LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
* ***INSTALACION,*** *LA EMPRESA PROPONENTE REALIZA COORDINARA PARA LA UBICACIÓN DE INSTALACION,**ESTO POSTERIOR A LA RECEPCION Y CONFORMIDAD DE LA COMISION DE RECEPCION.*
 |  |  |  |  |
| ***CAPACITACIÓNES REQUERIDAS***:  |  |  |  |  |
| ***OPERATIVA Y/O MANEJO***, DEBE INCLUIR LA CAPACITACION DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL EQUIPO A LOS OPERADORES DE LA UNIDAD, INCLUYE LA CERTIFICACION EN FISICO PARA EL PERSONAL. |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACIÓN NO MAYOR A DOS AÑOS.
* GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
 |  |  |  |  |
| **II. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS (20 PTS)** |  |  |  |  |
| ENTREGA ***MENOR*** AL REQUERIDO, DE ACUERDO A LA PUNTACION: (*6 PUNTOS)** 1-10 DIAS 🡪6 PUNTOS
* 11-20 DIAS 🡪 4 PUNTOS
* 21≤25 DIAS 🡪 2 PUNTOS
* 26≤30 DIAS 🡪 1 PUNTOS
 |  |  |  |  |
| ***AMPLIACIÓN*** DE GARANTÍA COMERCIAL Y DE SERVICIO TÉCNICO: A LAS GARANTÍAS SEÑALADAS CON LA COBERTURA ESPECIFICADA EN LOS REQUISITOS BÁSICOS *(5 PUNTOS)** ≥1 AÑO ADICIONAL 🡪 5 PUNTOS
* ≥6 MESES ADICIONALES A <1 AÑO ADICIONAL 🡪 2 PUNTOS
* ≥3 MESES ADICIONALES A <6 MESES ADICIONALES 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO A LAS ***MEJORAS*** DE LOS REQUERIMIENTO BASICOS (4 PUNTOS)* >3 MEJORAS 🡪 4 PUNTOS
* >2 MEJORAS 🡪 2 PUNTOS
* >1 MEJORAS 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| ***ORIGEN***: DE PREFERENCIA ORIGEN AMERICANO, EUROPEO O JAPONÉS * *(5 PUNTOS SI CUMPLE EL ORIGEN SEÑALADO)*
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:10** | SILLÓN O UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA COMPLETO CON ACCESORIOS MÁS CAJA DE LENTES) | **CANTIDAD**:  | 1 PIEZA |
|  |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACION DE LA ENTIDAD** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | **Características de la propuesta**(manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES**(especificar porque no cumple) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |  |  |  |
| **AÑO** **FABRICACIÓN** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |  |  |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS**
 |  |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  |  |  |  |  |
| **PRINCIPIOS DE FUNCIONAMIENTO:*** SILLÓN ELECTRICO PARA EXAMEN DE OFTALMOLOGIA

**DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES.*** RECLINABLE DE RESPALDO: 150° O SUPERIOR
* REPOSABRAZOS: AMBOS DEBEN SER PLEGABLES
* ÁNGULO DE ROTACIÓN: 20 ° O SUPERIOR, DEBE CONTAR CON FRENO MANUAL
* DEBE PODER SER INSTALADO TANTO A LA IZQUIERDA O A LA DERECHA, CON FINES DE NO MODIFICAR LA INFRAESTRUCTURA DEL CONSULTORIO.
* DEBE CONTAR CON UNA MESA AMPLIA, PARA LA INSTALACIÓN DE DOS EQUIPOS.
* DEBE CONTAR CON BRAZO PARA FOROPTERO, CON UNA CAPACIDAD DE 8 KG O SUPERIOR.
* DEBE CONTAR CON CAJONERA PARA LENTES DE PRUEBA

**MOVIMIENTOS ELÉCTRICOS** * SILLÓN ELECTRICO MOTORIZADO.
* ALTURA MÁXIMA: 670 MM O MAYOR
* ALTURA MÍNIMA: 500 MM O MENOR

**DIMENSIONES APROXIMADAS*** CAPACIDAD DE CARGA 150KG O SUPERIOR

**CAJA DE PRUEBAS*** MONTURA DE PRUEBAS ADULTO
* LENTES CON BORDE
* LENTES COMPATIBLES CON MONTURA PEDIATRICAS
* ESFERAS DE AL MENOS 40 PIEZAS O MEJOR
	+ 0.25D A 6.00D EN PASOS DE 0.25
	+ O 6.50D A 10.00D EN PASOS DE 0.50
	+ O 11.00D A 15.00D EN PASOS DE 1.00
	+ O 16.00D A 20.00D EN PASOS DE 2.00
* CILINDROS DE AL MENOS 20 PIEZAS O MEJOR
	+ 0.25D A 6.00D EN PASOS DE 0.25
	+ 4.50D A 6.00D EN PASOS DE 0.50
* PRISMAS DE AL MENOS 12 PIEZAS O MEJOR
	+ 0,5 (2) 1,0 A 10,0 EN PASOS DE 1,0
* ACCESORIOS DE AL MENOS 14 PIEZAS O MEJOR
* RF GF BL PL (2) MR (2) FL CL (2) PH (2) SS, CILINDRO TRANSVERSAL PF X 0,25 X0,50
 |  |  |  |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** |  |  |  |  |
| * FUNCIONARA CON RED ELÉCTRICA MONOFÁSICA, 220 - 230 V, 50 HZ.
 |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION Y NORMATIVAS A CUMPLIR** |  |  |  |  |
| EL EQUIPO, MARCA O FABRICANTE **CUENTA CON REGISTRO FDA. O MARCADO CE,** CON RESPALDO EN FOTOCOPIA SIMPLE ADJUNTO EN LA **PROPUESTA** |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** |  |  |  |  |
| * ***CATALOGO O FICHA TÉCNICA:*** EN FORMATO FÍSICO EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TÉCNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
* MANUAL DE USUARIO: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***.
 |  |  |  |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** |  |  |  |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION.
* ***PLAZO***: NO MAYOR A (30) TREINTA DIAS CALENDARIO, LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y ACEPTACION DEL EQUIPO.
* ***INSTALACION,*** *LA EMPRESA PROPONENTE REALIZA COORDINARA PARA LA UBICACIÓN DE INSTALACION,**ESTO POSTERIOR A LA RECEPCION Y CONFORMIDAD DE LA COMISION DE RECEPCION.*
 |  |  |  |  |
| ***CAPACITACIÓNES REQUERIDAS***:  |  |  |  |  |
| ***OPERATIVA Y/O MANEJO***, DEBE INCLUIR LA CAPACITACION DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL EQUIPO A LOS OPERADORES DE LA UNIDAD, INCLUYE LA CERTIFICACION EN FISICO PARA EL PERSONAL. |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS**  |  |  |  |  |
| * GARANTÍA DE ESTADO Y DATA DE FABRICACIÓN: EQUIPO OFERTADO **ES NUEVO** (NO ES REACONDICIONADO NI DE DEMOSTRACIÓN), CON ANTIGÜEDAD DE FABRICACIÓN NO MAYOR A DOS AÑOS.
* GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD
 |  |  |  |  |
| **II. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS (20 PTS)** |  |  |  |  |
| ENTREGA ***MENOR*** AL REQUERIDO, DE ACUERDO A LA PUNTACION: (*6 PUNTOS)** 1-10 DIAS 🡪6 PUNTOS
* 11-20 DIAS 🡪 4 PUNTOS
* 21≤25 DIAS 🡪 2 PUNTOS
* 26≤30 DIAS 🡪 1 PUNTOS
 |  |  |  |  |
| ***AMPLIACIÓN*** DE GARANTÍA COMERCIAL Y DE SERVICIO TÉCNICO: A LAS GARANTÍAS SEÑALADAS CON LA COBERTURA ESPECIFICADA EN LOS REQUISITOS BÁSICOS *(5 PUNTOS)** ≥1 AÑO ADICIONAL 🡪 5 PUNTOS
* ≥6 MESES ADICIONALES A <1 AÑO ADICIONAL 🡪 2 PUNTOS
* ≥3 MESES ADICIONALES A <6 MESES ADICIONALES 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO A LAS ***MEJORAS*** DE LOS REQUERIMIENTO BASICOS (4 PUNTOS)* >3 MEJORAS 🡪 4 PUNTOS
* >2 MEJORAS 🡪 2 PUNTOS
* >1 MEJORAS 🡪 1 PUNTO
 |  |  |  |  |
| ***ORIGEN***: DE PREFERENCIA ORIGEN AMERICANO, EUROPEO O JAPONÉS * *(5 PUNTOS SI CUMPLE EL ORIGEN SEÑALADO)*
 |  |  |  |  |