|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:3** | **DERMATOSCOPIO** | | | | **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** | | | | |  | | |  | |  | |  |
| DERMATOSCOPIO UNIVERSAL, EFICIENTE Y PRECISO EN TODAS LAS SITUACIONES. CON TECNOLOGIA LEDHQ QUE PROPORCIONA UNA LUZ CLARA Y TOTLMENTE HOMOGÉNEA CON UNA BUENA REPRODUCCIÓN CROMÁTICA.   * LUZ LED HQ POLARIZADA DE ALTA CALIDAD CON BUENA REPRODUCCIÓN CROMÁTICA PARA MEJOR DIAGNÓSTICO * PLACA DE CONTACTO MAGNÉTICA PARA DERMATOSCOPÍA DE CONTACTO Y SIN CONTACTO * DERMATOSCOPIA CON PLACA DE CONTACTO CON ACERCAMIENTO E 10x O MEJOR * DERMATOSCOPIA SIN PLACA DE CONTACTO CON ACERCAMIENTO DE 6x O MEJOR | | | | |  | | |  | |  | |  |
| **REQUERIMIENTO DE ACCESORIOS/EQUIPOS** | | | | |  | | |  | |  | |  |
| 1. CON ESTUCHE Y CABLE DE CARGA USB. 2. BATERIA INTEGRADA DE CARGA MEDIANTE USB. | | | | |  | | |  | |  | |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | | | |  | | |  | |  | |  |
| * FICHA TECNICA: ADJUNTAR EN LA **PROPUESTA** EN FORMATO FISICO DE PREFERENCIA EN IDIOMA ESPAÑOL CON IMAGEN Y DATOS TECNICOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS. * 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 PREVIA COORDINACIÓN. * PLAZO: NO MAYOR A 15 DIAS HABILES. | | | | |  | | |  | |  | |  |
| **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 | | | | |  | | |  | |  | |  |
| **ITEM:4** | | **ESTERILIZADOR DE BIBERONES** | | | | **CANTIDAD**: | 2 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** | | | | | |  |  | |  | |  | |
| * ESTERILIZA AL VAPOR Y SECA HASTA 6 MAMADERAS EN 55 MINUTOS O MENOR. * LA OPERACIÓN FÁCIL DE USAR LE PERMITE ESTERILIZAR SOLO, SOLO SECAR O COMBINAR ESTERILIZAR Y SECAR. * MATA EL 95,9% DE LAS BACTERIAS O MEJOR. * INCLUYE TAZA MEDIDORA PARA AGREGAR AGUA. | | | | | |  |  | |  | |  | |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | | | | |  |  | |  | |  | |
| * MANUAL DE USUARIO: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***, SI EL MISMO NO ESTA EN ESPAÑOL ACOMPAÑAR CON LA COPIA DE LA TRADUCCION | | | | | |  |  | |  | |  | |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | | | | | |  |  | |  | |  | |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ CLÍNICA REGIONAL, OBRAJES CALLE 2 * PLAZO: 15 DIAS HABILES | | | | | |  |  | |  | |  | |
| **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 | | | | | |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM:6** | **SET DE PUNCH** | | **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** | | |  |  |  |  |
| * SET DE 6 PUNCHS (PUNZONES) DERMALES DE 2 A 0,276 INCHES. * DE MATERIAL: ACERO INOXIDABLE * MANGO DE 3.5 IN. CON CUCHILLOS DE ROSCA | | |  |  |  |  |
| **RECEPCION, PRUEBAS** | | |  |  |  |  |
| * LUGAR: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ CLÍNICA REGIONAL, OBRAJES CALLE 2 * PLAZO: 15 DIAS HABILES | | |  |  |  |  |
| **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 | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM: 7** | **SIERRA CORTA YESO** | | **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** | | |  |  |  |  |
| * CORTES DE YESO * FRECUENCIAS DE OSCILACIÓN MÍNIMO 10.000 CPM O MEJOR * REGULACIÓN CONTINUA POR INTERRUPTOR O SELECTOR DE POTENCIA * MOTOR SILENCIOSO * SISTEMA DE PROTECCIÓN DE SOBRECARGA * ÁNGULOS DE ROTACIÓN DE 5° O MEJOR * DISCOS DE SIERRA Ø 50MM Y Ø65 MM O MEJOR * LLAVE | | |  |  |  |  |
| **ACCESORIOS REQUERIDOS** | | |  |  |  |  |
| * MALETA O ESTUCHE DE TRANSPORTE PARA EQUIPO, ACCESORIOS * 2 HOJA DE SIERRA CIRCULAR PARA CORTE DE YESO DE ACUERDO A MEDIDAS | | |  |  |  |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** | | |  |  |  |  |
| CON FUENTE DE ALIMENTACION DE 230VaC 50HZ | | |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | |  |  |  |  |
| * ***MANUAL DE USUARIO U OPERACIONES***: MÁXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCIÓN** DEBERÁ ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FÍSICO Y/O DIGITAL***, SI EL MISMO NO ESTA EN ESPAÑOL ACOMPAÑAR UNA TRADUCCIÓN. | | |  |  |  |  |
| **RECEPCION O ENTREGA DEL EQUIPO** | | |  |  |  |  |
| ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ, PREVIA COORDINACION.  ***PLAZO***: NO MAYOR A 15 DÍAS HABILES | | |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS** | | |  |  |  |  |
| * 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,  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 | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM: 08** | **EQUIPO ROTATORIO** | | **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:**   * EQUIPO PARA EL USO EN EL AREA DE ODONTOLOGIA   **GENERALES**   * + DE AL MENOS 3 CONFIGURACIONES O SUPERIOR   + PREFERENTE INALÁMBRICO   + INDICADOR DE PAR LUZ   + VELOCIDAD DE AL MENOS DE 100 A 1000 RPM O MEJOR   + ESFUERZO DE TORSIÓN 0.3 – 3.9 NCM o MEJOR   + RELACIÓN DE TRANSMISIÓN 16:1 O MEJOR * DE AL MENOS CON 4 LIMAS ENDODONTICAS O SUPERIOR | | |  |  |  |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** | | |  |  |  |  |
| CON FUENTE DE ALIMENTACION DE 230VaC 50HZ | | |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | | |  |  |  |  |
| * ***MANUAL DE USUARIO U OPERACIONES***: MÁXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCIÓN** DEBERÁ ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FÍSICO Y/O DIGITAL***, SI EL MISMO NO ESTA EN ESPAÑOL ACOMPAÑAR UNA TRADUCCIÓN. | | |  |  |  |  |
| **RECEPCION O ENTREGA DEL EQUIPO** | | |  |  |  |  |
| ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ, PREVIA COORDINACION. ***PLAZO***: NO MAYOR A 15 DÍAS HABILES   * ***CAPACITACION OPERATIVA Y/O MANEJO***, DEBE INCLUIR LA CAPACITACION DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL EQUIPO A LOS OPERADORES DE LA UNIDAD, | | |  |  |  |  |
| **GARANTÍAS** | | |  |  |  |  |
| * 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, EN CASO DE ADJUDICACION, SI LA CSBP LO REQUIERE  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 | | |  |  |  |  |