|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 REQUIEREGARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD  |  |  |  |  |