**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-001-2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **MARZO 2023** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA COMPRA DE EQUIPAMENTO MÉDICO**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna de OFRECIDO su propuesta.

|  |
| --- |
| **ITEM 1** |
| **MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLOGICA ELÉCTRICA** |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **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)* |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | Sillón de ginecología regulable eléctricamente |  |  |  |
| Posibilidad de angulación de la pelvis de 0º a 45º |  |  |  |
| Con pierneras y/o taloneras estriberas |  |  |  |
| Ajuste de posiciones mediante control pedal |  |  |  |
| Forma del sillón con recorte ginecológico y diseño ergonómico del mismo |  |  |  |
| Soporte para rollo de papel camilla |  |  |  |
| Acolchado de espuma con funda de cuero sintético de primera calidad y de fácil limpieza |  |  |  |
| Perfil del asiento de forma recta |  |  |  |
| Estructura de acero recubierta con polvo de resina de alta calidad anticorrosivo |  |  |  |
| Superficies resistentes a golpes y arañazos de fácil limpieza, resistentes a desinfectantes. |  |  |  |
| **FICHA TÉCNICA** | Dimensiones: 1450 \* 600 \* 580-1000 mm |  |  |  |
| Espaldar: -20º a 70º |  |  |  |
| Ángulo del asiento: 0º a 40º |  |  |  |
| Altura: 580-1000 mm |  |  |  |
| Capacidad de carga: 200 kg |  |  |  |
| **ACCESORIOS** | 2 asas para agarre |  |  |  |
| Pierneras |  |  |  |
| Control pedal |  |  |  |
| Bandeja de restos de acero inoxidable |  |  |  |
| **RECEPCIÓN** | El equipo deberá ser entregado, instalado en ambientes de Policonsultorio de la C.S.B.P. Regional Oruro previa coordinación con Contabilidad y Jefatura Medica |  |  |  |
| **PLAZO DE ENTREGA** | El producto deberá ser entregado dentro los 30 días calendario a partir de la recepción de la Orden de Compra. |  |  |  |
| **GARANTIAS** | **Garantía mínima de 1 año contra defectos de fábrica.**Mediante nota el proponente expresa su compromiso a brindar la garantía descrita.En caso de adjudicación la nota deberá ser Notariada mediante Notario de Fe Pública |  |  |  |
| **Garantía permanente de soporte técnico y de mantenimiento.**Mediante nota el proponente expresa su compromiso a brindar la garantía descrita.En caso de adjudicación la nota deberá ser Notariada mediante Notario de Fe Pública |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Validez de la oferta: |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **Oruro** |   | de |  | de **2023** |

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

SELLO DE LA EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA COMPRA DE EQUIPAMENTO MÉDICO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Marzo** | **de 2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **Ítem** | **DETALLE**  | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLOGICA ELÉCTRICA | 1 |   |   |
|  | **TOTAL BS.-** |  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2023** |  |

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-001-2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **MARZO 2023** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA COMPRA DE EQUIPAMENTO MÉDICO**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna de OFRECIDO su propuesta.

|  |
| --- |
| **ITEM 2** |
| **SIERRA OSCILANTE PARA ESCAYOLA** |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **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)* |  |  |  |  |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | Para corriente de 220v a 240v |  |  |  |
| Cable de 3 metros o más con enchufe UE |  |  |  |
| Permita 6.500 a 20.000 oscilaciones o más |  |  |  |
| Mínimamente debe tener 2 hojas cambiables  |  |  |  |
| Llave para el cambio de sierras |  |  |  |
| Interruptor de seguridad ON/OFF |  |  |  |
| Opcional: Con estuche para manejo del equipo. |  |  |  |
| **RECEPCIÓN** | El equipo deberá ser entregado, instalado en ambientes de Policonsultorio de la C.S.B.P. Regional Oruro previa coordinación con Contabilidad y Jefatura Medica |  |  |  |
| **PLAZO DE ENTREGA** | El producto deberá ser entregado dentro los 30 días calendario a partir de la recepción de la Orden de Compra. |  |  |  |
| **GARANTIAS** | **Garantía mínima de 1 año contra defectos de fábrica.**Mediante nota el proponente expresa su compromiso a brindar la garantía descrita.En caso de adjudicación la nota deberá ser Notariada mediante Notario de Fe Pública |  |  |  |
| **Garantía permanente de soporte técnico y de mantenimiento.**Mediante nota el proponente expresa su compromiso a brindar la garantía descrita.En caso de adjudicación la nota deberá ser Notariada mediante Notario de Fe Pública |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Validez de la oferta: |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **Oruro** |   | de |  | de **2023** |

SELLO DE LA EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA COMPRA DE EQUIPAMENTO MÉDICO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Marzo** | **de 2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **Ítem** | **DETALLE**  | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | SIERRA OSCILANTE PARA ESCAYOLA | 1 |   |   |
|  | **TOTAL BS.-** |  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2023** |  |

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-001-2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **MARZO 2023** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA COMPRA DE EQUIPAMENTO MÉDICO**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna de OFRECIDO su propuesta.

|  |
| --- |
| **ITEM 3** |
| **TERMOHIGROMETRO** |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **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)* |  |  |  |  |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | Indicaciones de la temperatura y humedad actual |  |  |  |
| Rango de Medida 0 + 50º C 1…..99%hr |  |  |  |
| Memoria máxima y mínima con fecha de registro |  |  |  |
| Alimentación mediante pilas alcalinas o alimentación eléctrica recargable. |  |  |  |
| **RECEPCIÓN** | El equipo deberá ser entregado, instalado en ambientes de Policonsultorio de la C.S.B.P. Regional Oruro previa coordinación con Contabilidad y Jefatura Medica |  |  |  |
| **PLAZO DE ENTREGA** | El producto deberá ser entregado dentro los 30 días calendario a partir de la recepción de la Orden de Compra. |  |  |  |
| **GARANTIAS** | **Garantía mínima de 1 año contra defectos de fábrica.**Mediante nota el proponente expresa su compromiso a brindar la garantía descrita.En caso de adjudicación la nota deberá ser Notariada mediante Notario de Fe Pública |  |  |  |
| **Garantía permanente de soporte técnico y de mantenimiento.**Mediante nota el proponente expresa su compromiso a brindar la garantía descrita.En caso de adjudicación la nota deberá ser Notariada mediante Notario de Fe Pública |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Validez de la oferta: |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **Oruro** |   | de |  | de **2023** |

SELLO DE LA EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA COMPRA DE EQUIPAMENTO MÉDICO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Marzo** | **de 2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **Ítem** | **DETALLE**  | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | TERMOHIGROMETRO | 1 |   |   |
|  | **TOTAL BS.-** |  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |