**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **OR-CP-001-2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **ABRIL 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** | | | | |
| **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** | Sillón de ginecología estático o regulable de forma manual |  |  |  |
| Con pierneras y/o taloneras estriberas |  |  |  |
| Ajuste de posiciones en forma manual (si fuera regulable) |  |  |  |
| Forma del sillón con recorte ginecológico y diseño ergonómico del mismo. |  |  |  |
| Acolchado de espuma con funda de cuero sintético de primera calidad y de fácil limpieza. |  |  |  |
| 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: -20° a 70° |  |  |  |
| Ángulo de asiento: 0° a 40° |  |  |  |
| Altura: 580-1000 mm |  |  |  |
| Capacidad de carga: 200 kg |  |  |  |
| **ACCESORIOS** | 2 asas para agarre |  |  |  |
| Pierneras y/o taloneras |  |  |  |
| 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 calle Adolfo Mier Nº 1027 esquina Camacho, previa coordinación con Bienes y Servicios 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 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Abril** | **de 2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | |
| **Ítem** | **DETALLE** | | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLOGICA | | 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 | **ABRIL 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 calle Adolfo Mier Nº 1027 esquina Camacho, previa coordinación con Bienes y Servicios 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 Abril** | **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 | **ABRIL 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 máxima y mínima |  |  |  |
| Indicaciones de la de humedad relativa mínima y máxima |  |  |  |
| Unidad de Medida °C y °F |  |  |  |
| Rango de Medida 0 + 50 °C 1….99%HR |  |  |  |
| Alimentación eléctrica pilas alcalinas |  |  |  |
| Dispositivo de pared |  |  |  |
| **RECEPCIÓN** | El equipo deberá ser entregado, instalado en ambientes de Policonsultorio de la C.S.B.P. Regional Oruro calle Adolfo Mier Nº 1027 esquina Camacho, previa coordinación con Bienes y Servicios 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 Abril** | **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** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |