

**DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA**

**DE BIENES**

**.**

**CONTRATACIÓN DIRECTA**

**“ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MENOR Y MONITORIZACION PARA EL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL (CARMEN LOPEZ) DEL MUNICIPIO DE AIQUILE DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA”**

**CÓDIGO INTERNO: AISEM/CD/DS/006/2024**

**AGOSTO/2024**

**LA PAZ, BOLIVIA**

Elaborado en el marco del Reglamento de Contratación Directa aprobado mediante Resolución Administrativa Nº 075/2023 del 17 de octubre de 2023 y Decreto Supremo N° 3631 de 01 de agosto de 2018

**PARTE I**

**INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES**

**SECCIÓN I**

**GENERALIDADES**

1. NORMATIVA APLICABLE AL PROCESO DE CONTRATACIÓN

El proceso de contratación directa de Bienes se rige por el “Reglamento de Contratación Directa en el marco del Decreto Supremo N° 3631 de 01 de agosto de 2018” aprobado mediante Resolución Administrativa N° 75/2023 de 17 de octubre de 2023 y el presente Documento Base de Contratación Directa (DBCD).

1. PROPONENTES ELEGIBLES

En esta convocatoria podrán participar únicamente los siguientes proponentes:

1. Personas Naturales o Jurídicas
2. Asociaciones Accidentales legalmente constituidas
3. Empresas públicas nacionales estratégicas y empresas con participación estatal mayoritaria.
4. Entidades públicas que tengan capacidad de proveer bienes.

Asimismo, podrán participar los proveedores de la Lista de Proveedores de la AISEM y otros porponentes, en el marco del Artículo 33 (PUBLICACIÓN DE CONVOCATORIA) del Reglamento de Contratación Directa aprobado mediante Resolución Administrativa N° 75/2023 de 17 de octubre de 2023.

1. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS PREVIAS A LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

Se contemplan las siguientes actividades previas a la presentación de propuestas:

* 1. **Consultas escritas sobre el DBCD**

Cualquier potencial proponente podrá formular consultas escritas dirigidas al RPCD, vía el correo electrónico institucional que la entidad disponga en la convocatoria o mediante nota, hasta la fecha límite establecida en el presente DBCD.

* 1. **Reunión de Aclaración**

Se realizará una Reunión de Aclaración en la fecha, hora y lugar señalado en el presente DBCD, en la que los potenciales proponentes podrán expresar sus consultas sobre el proceso de contratación.

Las solicitudes de aclaración, las consultas escritas y sus respuestas, deberán ser tratadas en la Reunión de Aclaración.

Al final de la reunión, la entidad convocante entregará a cada uno de los potenciales proponentes asistentes o aquellos que así lo soliciten, copia o fotocopia del Acta de la Reunión de Aclaración, suscrita por los representantes de la Unidad Administrativa, Unidad Solicitante y los asistentes que así lo deseen, no siendo obligatoria la firma de estos últimos. El Acta de la Reunión de Aclaración deberá ser publicada en la página web oficial de la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico – AISEM y mesa de partes.

1. ENMIENDAS Y APROBACIÓN DEL DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA (DBCD)
   1. La entidad convocante podrá ajustar el DBCD con enmiendas, por iniciativa propia o como resultado de las actividades administrativas previas, en cualquier momento, antes de emitir la Resolución de Aprobación del DBCD.
   2. El DBCD será aprobado por Resolución expresa del RPCD, misma que será notificada a los potenciales proponentes vía correo electrónico y a través de la página web oficial de la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico – AISEM.
2. AMPLIACIÓN DE PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS
   1. El RPCD podrá ampliar el plazo de presentación de propuestas como máximo por diez (10) días hábiles, por única vez mediante nota expresa, por las siguientes causas debidamente justificadas:
3. Enmiendas al DBCD;
4. Causas de fuerza mayor y/o;
5. Caso fortuito.

La ampliación deberá ser realizada de manera previa a la fecha y hora establecidas para la presentación de propuestas.

* 1. Los nuevos plazos serán notificados via correo electrónico, Mesa de Partes y a través de la página web oficial de la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico – AISEM.
  2. Cuando la ampliación sea por enmiendas al DBCD, la ampliación de plazo de presentación de propuestas se incluirá en la Resolución de Aprobación del DBCD.

1. GARANTÍAS

* 1. **Tipos de garantías**

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo I y II del Artículo 14 del Reglamento de Contratación Directa aprobado mediante Resolución Administrativa N° 75/2023 de 17 de octubre de 2023, de la Agencia de Infraestructura y Equipamiento Médico – AISEM, se define como tipos de garantía:

1. **Boleta de Garantía.** Emitida por cualquier entidad de intermediación financiera bancaria o no bancaria, regulada y autorizada por la instancia competente, esta será solicitada para Garantía de Cumplimiento de Contrato, Garantía de Funcionamiento de Maquinaria y/o Equipo y Garantía de Correcta Inversión de Anticipo;
2. **Póliza de Seguro de caución a Primer Requerimiento.** Emitida por una empresa aseguradora, regulada y autorizada por la instancia competente, esta será solicitada únicamente para Garantía de Seriedad de Propuesta.

Las garantías presentadas deberán además expresar su carácter de irrevocable, renovable, de ejecución inmediata y ser girada a nombre del beneficiario, en este caso la entidad contratante.

* 1. **Garantías según el objeto.**

Las garantías según el objeto son:

1. **Garantía de Seriedad de Propuesta.** Tiene por objeto garantizar que el proponente seleccionado presente su propuesta de buena fe para el proceso de contratación.

Será por un monto equivalente al uno por ciento (1%) del precio referencial de la contratación directa.

La vigencia de esta garantía deberá exceder en treinta (30) días calendario, al plazo de validez de la propuesta establecida en el DBCD.

La Garantía de Seriedad de Propuesta será devuelta conforme a lo establecido en el DBCD.

1. **Garantía de Cumplimiento de Contrato:** Tiene por objeto garantizar la conclusión y entrega del objeto del contrato de acuerdo con lo establecido en el Documento Base de Contratación Directa (DBCD) y deberá presentarse para la suscripción del contrato.

La garantía de cumplimiento de contrato deberá ser emitida por el siete por ciento (7%) del monto total del contrato.

La vigencia de la garantía será computable a partir de la firma del Contrato hasta la recepción definitiva del bien y/o servicio.

Esta garantía o la retención, será devuelta al proveedor, una vez que se cuente con el Certificado de Cumplimiento de Contrato.

1. **Garantía de Correcta Inversión de Anticipo:** Tiene por objeto garantizar la devolución del monto entregado al contratado por concepto de anticipo inicial.

La Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico – AISEM, podrá desembolsar un anticipo de hasta el (20%) del monto total del contrato.

Esta garantía debe ser presentada de forma previa al desembolso del anticipo y por un monto equivalente al cien por ciento (100%) del anticipo otorgado.

1. **Garantía de Funcionamiento de Maquinaria y/o Equipo:** Tiene por objeto garantizar el buen funcionamiento y/o mantenimiento de la maquinaria y/o equipo objeto del contrato. Esta garantía deberá ser emitida por el uno punto cinco por ciento (1.5%), del monto total del contrato

El proveedor deberá mantener vigentes las garantías otorgadas, así como la AISEM deberá solicitar, cuando corresponda, la renovación de las garantías.

* 1. **Ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta**

La Garantía de Seriedad de Propuesta será ejecutada según corresponda, cuando:

1. Se compruebe falsedad en la información declarada en el Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1);
2. Para la suscripción del contrato, la documentación presentada por el proponente adjudicado, no respalde lo señalado en el Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1);
3. El proponente adjudicado no presente, para la suscripción del contrato uno o más de los documentos señalados en el Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1), salvo que hubiese justificado oportunamente el retraso por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas y aceptadas por la entidad;
4. El proponente adjudicado desista, de manera expresa o tácita, de suscribir el contrato en el plazo establecido salvo por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas y aceptadas por la entidad.
   1. El tratamiento de ejecución y devolución de las Garantías de: Cumplimiento de Contrato, Correcta Inversión de Anticipo y de Funcionamiento de Maquinaria y/o Equipo, se establecerá en el contrato.
   2. **Devolución de la Garantía de Seriedad de Propuesta**

La Garantía de Seriedad de Propuesta se devolverá a los proponentes en en los siguientes casos:

1. Declaración Desierta del Proceso de Contratación;
2. Cuando el proponente se haya rehusado aceptar la solicitud de la entidad convocante sobre la extensión del periodo de validez de propuestas;
3. Cancelación del Proceso de Contratación;
4. Anulación del Proceso de Contratación, cuando la anulación sea hasta antes de la publicación de la convocatoria;
5. Suscripción del contrato con el proponente adjudicado.
6. DESCALIFICACIÓN DE PROPUESTAS
   1. Las causales de descalificación son:

1. Incumplimiento a la declaración jurada del Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1);
2. Cuando la propuesta técnica y/o económica no cumpla con las condiciones establecidas en el presente DBCD;
3. Cuando el proponente no presente la Garantía de Seriedad de Propuesta;
4. Cuando la Garantía de Seriedad de Propuesta no cumpla con las condiciones establecidas en el presente DBCD;
5. Cuando la propuesta económica exceda el Precio Referencial;
6. Cuando producto de la revisión aritmética de la propuesta económica establecida en el Formulario B-1, existiera una diferencia superior al dos por ciento (2%), entre el monto total de la propuesta y el monto revisado por la Comisión de Calificación;
7. Cuando el proponente presente dos o más alternativas en una misma propuesta;
8. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras;
9. Cuando la propuesta presente errores no subsanables;
10. Si para la suscripción del contrato, la documentación presentada por el proponente adjudicado, no respalde lo señalado en el Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1);
11. Si para la suscripción del contrato la documentación solicitada, no fuera presentada dentro del plazo establecido para su verificación; salvo ampliación de plazo solicitado por el proponente adjudicado y aceptada por la entidad de acuerdo a lo previsto en el sub numeral 30.1 del presente DBCD;
12. Cuando el proponente adjudicado desista de forma expresa o tácita de suscribir el contrato.

La descalificación de propuestas deberá realizarse única y exclusivamente por las causales señaladas precedentemente.

1. CRITERIOS DE SUBSANABILIDAD Y ERRORES NO SUBSANABLES
   1. **Se deberán considerar como criterios de subsanabilidad, los siguientes:**
2. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente DBCD;
3. Cuando los errores sean accidentales, accesorios o de forma y que no incidan en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
4. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente DBCD;
5. Cuando el proponente oferte condiciones superiores a las solicitadas en las Especificaciones Técnicas, siempre que estas condiciones no afecten el fin para el que fueron requeridas y/o se consideren beneficiosas para la entidad.

Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.

Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.

Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la suscripción del contrato.

* 1. **Se deberán considerar errores no subsanables, siendo objeto de descalificación, los siguientes:**

1. Ausencia de cualquier formulario solicitado en el presente DBCD, salvo el Formulario de Condiciones Adicionales (Formulario C-2), cuando el Método de Selección y Adjudicación sea el Precio Evaluado Más Bajo;
2. Falta de firma del proponente en el Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1);
3. Falta de la propuesta técnica o parte de ella;
4. Falta de la propuesta económica o parte de ella;
5. Falta de presentación de la Garantía de Seriedad de Propuesta;
6. Cuando la Garantía de Seriedad de Propuesta fuese emitida en forma errónea;
7. Cuando la Garantía de Seriedad de Propuesta sea girada por un monto menor al solicitado en el presente DBCD, admitiéndose un margen de error que no supere el cero punto uno por ciento (0.1%);
8. Cuando la Garantía de Seriedad de Propuesta sea girada por un plazo menor al solicitado en el presente DBCD, admitiéndose un margen de error que no supere los dos (2) días calendario;
9. Cuando se presente en fotocopia simple, el Formulario de Presentación de Propuestas (Formulario A-1) y/o la Garantía de Seriedad de Propuesta.
10. DECLARATORIA DESIERTA

El RPCD declarará desierta el proceso de contratación directa, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 19 del Reglamento de Contratación Directa aprobado mediante Resolución Administrativa N° 75/2023 de 17 de octubre de 2023.

1. CANCELACIÓN, SUSPENSIÓN Y ANULACIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

El proceso de contratación podrá ser cancelado, anulado o suspendido hasta antes de la suscripción del contrato, mediante Resolución expresa, técnica y/o legalmente motivada, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 20 del Reglamento de Contratación Directa aprobado mediante Resolución Administrativa N° 75/2023 de 17 de octubre de 2023.

**SECCIÓN II**

**PREPARACIÓN DE LAS PROPUESTAS**

1. PREPARACIÓN DE PROPUESTAS

Las propuestas deben ser elaboradas conforme a los requisitos y condiciones establecidos en el presente DBCD, utilizando los formularios incluidos en Anexos y su envío será de forma físicá.

1. MONEDA DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Todo el proceso de contratación, incluyendo los pagos a realizar, deberá efectuarse en bolivianos.

1. COSTOS DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, son asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo.

1. IDIOMA

La propuesta, los documentos relativos a ella y toda la correspondencia que intercambien entre el proponente y el convocante, deberán presentarse en idioma castellano.

1. VALIDEZ DE LA PROPUESTA
   1. La propuesta tendrá una validez de Sesenta (60) días calendario, que se computará a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.
   2. En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras circunstancias que podrían influir en la ejecución del proceso de contratación, la entidad podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías (si correspondiera), para lo que se considerará lo siguiente:

1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta.
2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta y para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta.
3. DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA

Todos los formularios de la propuesta, solicitados en el presente DBCD, se constituirán en Declaraciones Juradas.

* 1. Los documentos que deben presentar los proponentes, según sea su constitución legal y su forma de participación, son:

1. Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1). Este formulario deberá consignar la firma del Proponente;
2. Formulario de Identificación del Proponente (Formulario A-2a);
3. Garantía de Seriedad de Propuesta, en original, equivalente al uno por ciento (1%) del Precio Referencial de la contratación. La vigencia de esta garantía deberá exceder en treinta (30) días calendario al plazo de validez de la propuesta establecida en el numeral 15.1 del presente DBCD, computables a partir de la apertura de propuesta; y que cumpla con las características de renovable, irrevocable y de ejecución inmediata, emitida a nombre de la entidad convocante.
   1. En el caso de Asociaciones Accidentales, los documentos deberán presentarse diferenciando los que corresponden a la Asociación y los que corresponden a cada asociado.
      1. La documentación conjunta a presentar, es la siguiente:
4. Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1). Este formulario deberá consignar la firma del Proponente;
5. Formulario de Identificación del Proponente (Formulario A-2b);
6. Garantía de Seriedad de Propuesta, en original, equivalente al uno por ciento (1%) del Precio Referencial de la contratación. La vigencia de esta garantía deberá exceder en treinta (30) días calendario al plazo de validez de la propuesta establecida en el numeral 15.1 del presente DBCD, computables a partir de la apertura de propuesta; y que cumpla con las características de renovable, irrevocable y de ejecución inmediata, emitida a nombre de la entidad convocante. Esta Garantía podrá ser presentada o realizado por una o más empresas que conforman la Asociación Accidental.
   * 1. Cada asociado, en forma independiente, deberá presentar el Formulario de Identificación de Integrantes de la Asociación Accidental (Formulario A-2c).

1. PROPUESTA ECONÓMICA

El proponente deberá registrar la información de su propuesta económica en el Formulario de Propuesta Económica (Formulario B-1).

1. PROPUESTA TÉCNICA

La propuesta técnica deberá incluir:

1. Formulario de Especificaciones Técnicas (Formulario C-1);
2. Formulario de Condiciones Adicionales (Formulario C-2), cuando corresponda.
3. PROPUESTA PARA ADJUDICACIONES POR ÍTEMS O LOTES

Cuando un proponente presente su propuesta para más de un ítem o lote deberá presentar una sola vez la información legal y administrativa (Formulario A-1, A-2), una propuesta técnica (Formulario C-1, C-2 cuando corresponda) para cada ítem o lote y una propuesta económica (Formulario B-1) para cada ítem o lote.

La Garantía de Seriedad de Propuesta podrá ser presentada por el total de ítems o lotes al que se presente el proponente; o por cada ítem o lote.

**SECCIÓN III**

**PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS**

1. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS
   1. Forma de presentación.
   2. La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos, dirigido a la entidad convocante, citando el código y el objeto del proceso de contratación.
   3. La propuesta deberá ser presentada en un ejemplar original y una copia, identificando claramente el original.
   4. El original de la propuesta deberá tener sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el proponente, con excepción de la Garantía de Seriedad de Propuesta.
   5. La propuesta deberá incluir un índice, pestañas y caratulas separadoras que permitan la rápida ubicación y verificación de los Formularios y documentos presentados.

El proponente podrá rotular su sobre de la siguiente forma:

**AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO – AISEM**

**LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA:** Ventanilla Única de la AISEM, ubicada en la Calle Víctor Sanjinés N° 2678, Edificio Barcelona, Piso 6, Z/ Sopocachi (Plaza España)

**RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(indicar el tipo de empresa; si es una empresa comercial o asociación accidental u otro)*

**CÓDIGO INTERNO: AISEM/CD/DS/006/2024**

**“ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MENOR Y MONITORIZACION PARA EL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL (CARMEN LOPEZ) DEL MUNICIPIO DE AIQUILE DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA”**

**Fecha:** (En la que se presenta la propuesta)

* 1. Plazo, lugar de presentación.

1. Las propuestas deberán ser presentadas dentro del plazo (fecha y hora) fijado y en el domicilio establecido en el presente DBCD.

Se considerará que el proponente ha presentado su propuesta dentro del plazo, si ésta ha ingresado al recinto en el que se registra la presentación de propuestas, hasta la fecha y hora límite establecida para el efecto.

1. La propuesta podrá ser entregada en persona o por correo certificado (Courier). En ambos casos, el proponente es el responsable de que su propuesta sea presentada dentro del plazo establecido.
2. APERTURA DE PROPUESTAS

Inmediatamente después del cierre del plazo de presentación de propuestas, la Comisión de Calificación procederá a la apertura de las propuestas en acto público, en la fecha, hora y lugar señalados en el presente DBCD.

El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes, así como los representantes de la sociedad que quieran participar.

El acto se efectuará así se hubiese recibido una sola propuesta. En caso de no existir propuestas, la Comisión de Calificación suspenderá el Acto de Apertura y recomendará al RPCD que la convocatoria sea declarada desierta.

El Acto de Apertura comprenderá:

1. Lectura de la información sobre el objeto de la contratación y la nómina de proponentes, según el Acta de Recepción.
2. Apertura de todas las propuestas físicas recibidas dentro del plazo, para su registro en el Acta de Apertura.
3. Dar a conocer públicamente el nombre de los proponentes y el precio total de sus propuestas económicas.

En el caso de adjudicaciones por ítems o lotes, se dará a conocer el precio de las propuestas económicas de cada ítem o lote.

1. Verificación de los documentos presentados por los proponentes, aplicando la metodología PRESENTÓ/NO PRESENTÓ, del Formulario V-1.

La Comisión de Calificación procederá a rubricar todas las páginas de cada propuesta original.

Cuando no se ubique algún Formulario o documento requerido en el presente DBCD, la Comisión de Calificación podrá solicitar al representante del proponente, señalar el lugar que dicho documento ocupa en la propuesta o aceptar la falta del mismo, sin poder incluirlo. En ausencia del proponente o su representante, se registrará tal hecho en el Acta de Apertura.

1. Registro, en el Formulario V–1, del nombre del proponente y del monto total de su propuesta económica.

En caso de adjudicaciones por ítems o lotes se deberá registrar por cada ítem o lote.

Cuando existan diferencias entre el monto literal y numeral de la propuesta económica, se hará constar en el acta de apertura.

1. Elaboración del Acta de Apertura, consignando las propuestas presentadas de forma física, que deberá ser suscrita por todos los integrantes de la Comisión de Calificación y por los representantes de los proponentes asistentes que deseen hacerlo, a quienes se les deberá entregar una copia o fotocopia del Acta si lo desean.

Los proponentes que tengan observaciones deberán hacer constar las mismas en el Acta.

Durante el Acto de Apertura de propuesta no se descalificará a ningun proponente, siendo esta una atribución de la Comisión de Calificación en el proceso de evaluación.

Los integrantes de la Comisión de Calificación y los asistentes deberán abstenerse de emitir criterios o juicios de valor sobre el contenido de la propuesta.

Concluido el Acto de Apertura, la nómina de proponentes será remitida por la Comisión de Calificación al RPCD en forma inmediata, para efectos de eventual excusa.

**SECCIÓN IV**

**EVALUACIÓN Y ADJUDICACIÓN**

1. EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

La entidad convocante, para la evaluación de propuestas podrá aplicar uno de los siguientes Métodos de Selección y Adjudicación:

1. **Precio Evaluado Más Bajo;**
2. Calidad, Propuesta Técnica y Costo; **“No aplica este Método”**
3. Calidad.**“No aplica este Método”**
4. EVALUACIÓN PRELIMINAR

Concluido el acto de apertura, en sesión reservada, la Comisión de Calificación, determinará si las propuestas continúan o se descalifican, verificando el cumplimiento sustancial y la validez de los formularios de la propuesta, así como de la Garantía de Seriedad de Propuesta, utilizando el Formulario V-1.

1. MÉTODO DE SELECCIÓN Y ADJUDICACIÓN PRECIO EVALUADO MÁS BAJO
   1. Evaluación de la Propuesta Económica
      1. Errores Aritméticos

Se corregirán los errores aritméticos, verificando la información de la propuesta económica, en el Formulario B-1 de cada propuesta, considerando lo siguiente:

1. Cuando exista discrepancia entre los montos indicados en numeral y literal, prevalecerá el literal.
2. Cuando el monto, resultado de la multiplicación del precio unitario por la cantidad, sea incorrecto, prevalecerá el precio unitario cotizado para obtener el monto correcto.
3. Si la diferencia entre el monto leído de la propuesta y el monto ajustado de la revisión aritmética es menor o igual al dos por ciento (2%), se ajustará la propuesta; caso contrario la propuesta será descalificada.
4. Si el monto ajustado por revisión aritmética superará el precio referencial la propuesta será descalificada.

El monto resultante producto de la revisión aritmética, denominado Monto Ajustado por Revisión Aritmética (MAPRA) deberá ser registrado en la tercera columna (MAPRA) del Formulario V-2.

En caso de que producto de la revisión, no se encuentre errores aritméticos el precio de la propuesta o valor leído de la propuesta (pp) deberá ser trasladado a la cuarta columna (MAPRA) del Formulario V-2.

* + 1. Determinación de la Propuesta con el Precio Evaluado Más Bajo

Una vez efectuada la corrección de los errores aritméticos, de la cuarta columna del Formulario V-2 “Precio Ajustado”, se seleccionará la propuesta con el menor valor, el cual corresponderá al Precio Evaluado Más Bajo.

En caso de existir un empate entre dos o más propuestas, se procederá a la evaluación de la propuesta técnica de los proponentes que hubiesen empatado.

* 1. Evaluación de la Propuesta Técnica

La propuesta con el Precio Evaluado Más Bajo, se someterá a la evaluación de la propuesta técnica, verificando la información contenida en el Formulario C-1, aplicando la metodología CUMPLE/NO CUMPLE utilizando el Formulario V-3. En caso de cumplir se recomendará su adjudicación, cuyo monto adjudicado corresponderá al valor real de la propuesta (MAPRA). Caso contrario se procederá a su descalificación y a la evaluación de la segunda propuesta con el Precio Evaluado Mas Bajo, incluida en el Formulario V-2 (columna Precio Ajustado), y así sucesivamente.

En caso de existir empate entre dos o más propuestas, el Responsable de Evaluación o la Comisión de Calificación, será responsable de definir el desempate, aspecto que será señalado en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.

1. MÉTODO DE SELECCIÓN Y ADJUDICACIÓN CALIDAD, PROPUESTA TÉCNICA Y COSTO *“No aplica este Método”*
2. MÉTODO DE SELECCIÓN Y ADJUDICACIÓN CALIDAD

*“No aplica este Método”*

1. CONTENIDO DEL INFORME DE EVALUACIÓN Y RECOMENDACIÓN

El Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta, deberá contener mínimamente lo siguiente:

1. Nómina de los proponentes;
2. Cuadros de evaluación;
3. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda;
4. Causales para la descalificación de propuestas, cuando corresponda;
5. Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta;
6. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes.
7. RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN O DECLARATORIA DESIERTA
   1. El RPCD, recibido el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta y dentro del plazo fijado en el cronograma de plazos, emitirá la Resolución de Adjudicación o Declaratoria Desierta.
   2. En caso de que el RPCD solicite a la Comisión de Calificación la complementación o sustentación del informe, podrá autorizar la modificación del cronograma de plazos a partir de la fecha establecida para la emisión de la Resolución de Adjudicación o Declaratoria Desierta. El nuevo cronograma de plazos deberá ser notificada vía correo electrónico y publicada a través de la página web oficial de la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico – AISEM.

Si el RPCD, recibida la complementación o sustentación del Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta, decidiera bajo su exclusiva responsabilidad, apartarse de la recomendación, deberá elaborar un informe fundamentado dirigido a la MAE y a la Contraloría General del Estado.

* 1. La Resolución de Adjudicación o Declaratoria Desierta será motivada y contendrá mínimamente la siguiente información:

1. Nómina de los participantes y precios ofertados;
2. Los resultados de la calificación;
3. Identificación del (de los) proponente (s) adjudicado (s), cuando corresponda;
4. Causales de descalificación, cuando corresponda;
5. Causales de Declaratoria Desierta, cuando corresponda.
   1. La Resolución expresa de Adjudicación o Declaratoria Desierta será notificada al o a los proponentes, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Contratación Directa. La notificación, deberá incluir copia de la Resolución y del Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.

1. CONCERTACIÓN DE MEJORES CONDICIONES TÉCNICAS

Una vez adjudicada la contratación, la MAE, el RPCD, la Comisión de Calificación y el proponente adjudicado, podrán acordar mejores condiciones técnicas de contratación, si la magnitud y complejidad de la contratación así lo amerita, aspecto que deberá ser señalado en el Acta de Concertación de Mejores Condiciones Técnicas.

La concertación de mejores condiciones técnicas, no dará lugar a ninguna modificación del monto adjudicado.

En caso de que el proponente adjudicado no aceptara las condiciones técnicas demandadas por la entidad, se continuará con las condiciones técnicas adjudicadas.

**SECCIÓN V**

**SUSCRIPCIÓN, MODIFICACIONES AL CONTRATO Y SUBCONTRATACIÓN**

1. SUSCRIPCIÓN DE CONTRATO
   1. La entidad convocante deberá establecer el plazo de entrega de documentos, que no deberá ser menor a cinco (5) días hábiles, computables a partir del día siguiente hábil de la notificación de la carta de solicitud de documentos para formalización de la contratación.

Si el proponente adjudicado presentase los documentos antes del plazo otorgado, el proceso deberá continuar.

En caso que el proponente adjudicado justifique, oportunamente, el retraso en la presentación de uno o más documentos requeridos para la suscripción del contrato, por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas y aceptadas por la entidad, se deberá ampliar el plazo de presentación de documentos.

* 1. El proponente adjudicado deberá presentar, para la suscripción de contrato, los originales o fotocopias legalizadas de los documentos señalados en el Formulario de Presentación de Propuesta (Formulario A-1), excepto aquella documentación cuya información se encuentre consignada en el Certificado del RUPE.

En caso de convenirse anticipo, el proponente adjudicado deberá presentar la Garantía de Correcta Inversión de Anticipo, equivalente al cien por ciento (100%) del anticipo solicitado, dentro de los plazos previstos en el contrato.

Las entidades públicas deberán verificar la autenticidad del Certificado RUPE presentado por el proponente adjudicado, ingresando el código de verificación del Certificado en el SICOES.

Para el caso de proponentes extranjeros establecidos en su país de origen, los documentos deben ser similares o equivalentes a los requeridos localmente, considerando la necesidad de legalizaciones y traducciones. (Cuando corresponda)

* 1. Cuando el proponente adjudicado desista de forma expresa o tácita de suscribir el contrato, su propuesta será descalificada, procediéndose a la revisión de la siguiente propuesta mejor evaluada. En caso de que la justificación del desistimiento expreso no sea por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas ajenas a su voluntad debidamente justificadas y aceptadas por la entidad, además, se ejecutará la Garantía de Seriedad de Propuesta.

El desistimiento expreso se efectivizará con la recepción de la carta de desistimiento remitida por el proponente adjudicado. El desistimiento tácito se efectivizará una vez concluido el plazo de presentación de documentos para la suscripción del contrato, sin que el proponente adjudicado haya justificado su retraso.

Si la entidad notificara la adjudicación vencido el plazo de la validez de la propuesta, el proponente adjudicado podrá expresar su voluntad de continuar con el proceso de contratación; en caso de no pronunciarse o rechazar de manera expresa la adjudicación se efectivizará la descalificación de la propuesta por desistimiento, no correspondiendo su registro en el SICOES como impedido, ni la ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta.

Si producto de la revisión efectuada para la suscripción del contrato los documentos presentados por el adjudicado no cumplen con las condiciones requeridas, no se considerará desistimiento; sin embargo, corresponderá la descalificación de la propuesta y la ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta.

* 1. En los casos que se necesite ampliar plazos, el RPCD deberá autorizar la modificación del cronograma de plazos a partir de la fecha de emisión de la Resolución de Adjudicación, mediante Nota expresa, notificada al o los proponentes vía correo electrónico.

2. MODIFICACIONES AL CONTRATO

El contrato podrá ser modificado mediante Contrato Modificatorio, cuando la modificación a ser introducida afecte el alcance y/o plazo del contrato sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. Se podrán realizar uno o varios contratos modificatorios del contrato principal. Si para el cumplimiento del objeto del Contrato, fuese necesaria la creación de nuevos ítems, los precios unitarios de estos ítems deberán ser negociados sin afectación del monto total del contrato.

1. SUBCONTRATACIÓN

No se permite la subcontratación.

**SECCIÓN VI**

**ENTREGA DE BIENES Y CIERRE DEL CONTRATO**

1. ENTREGA DE BIENES

La entrega de bienes deberá efectuarse cumpliendo con las condiciones técnicas, establecidas en el contrato suscrito y de sus partes integrantes, sujetas a la conformidad por la Comisión de Recepción de la entidad contratante.

1. CIERRE DEL CONTRATO

El cierre del contrato procederá ante la terminación por cumplimiento o por resolución de contrato, conforme las previsiones establecidas en el contrato. Para ambos casos la Unidad Solicitante y el proveedor procederán a realizar la liquidación del contrato.

En caso de terminación por cumplimiento, una vez concluida la liquidación del contrato, la unidad solicitante deberá emitir el Certificado de Cumplimiento de Contrato.

**SECCIÓN VII**

**GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**Bienes:** Son bienes las cosas materiales e inmateriales que pueden ser objeto de derecho, sean muebles, inmuebles, incluyendo de manera enunciativa y no limitativa, bienes de consumo, fungibles y no fungibles, corpóreos o incorpóreos, bienes de cambio, materias primas, productos terminados o semiterminados, maquinarias, herramientas, equipos, otros de estado sólido, líquido o gaseoso, así como los servicios accesorios al suministro de éstos, siempre que el valor de los servicios no exceda al de los propios bienes;

**Caso Fortuito:** Obstáculo interno atribuible al ser humano, imprevisto o inevitable, relativos a las condiciones mínimas en que la obligación debía ser cumplida (conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.);

**Certificado de Cumplimiento de Contrato:** Se define, como el documento extendido por la entidad contratante en favor del Contratista, que oficializa el cumplimiento del contrato; deberá contener como mínimo los siguientes datos: objeto del contrato, monto contratado y plazo de entrega.

**Certificado de Solvencia Fiscal:** Documento emitido por la Contraloría General del Estado, en el que se detalla la información que presenta una persona natural o jurídica sobre la existencia de procesos judiciales, requerimientos de pago, procesos administrativos disciplinarios, dictámenes e informes de auditoría, inscritos por las entidades, empresas públicas y la Contraloría General del Estado en el Sistema CONTROLEG II;

**Contratante:** Se designa a la persona o institución de derecho público que una vez realizada la convocatoria pública y adjudicada la adquisición, se convierte en parte contractual del mismo.

**Contrato Administrativo:** Instrumento legal de naturaleza administrativa que regula la relación contractual entre la AISEM y el proveedor o consultor, estableciendo derechos, obligaciones y condiciones para la provisión de bienes y prestación de servicios;

**Convocante:** Se designa a la persona o institución de derecho público que requiere la adquisición de bienes y realiza la convocatoria pública.

**Desistimiento:** Renuncia expresa o tácita por voluntad del proponente adjudicado, de formalizar la contratación, que no es consecuencia de causas de fuerza mayor y/o caso fortuito.

**Documento Base de Contratación Directa (DBCD):** Documento elaborado por la AISEM para cada proceso de contratación directa, que contiene Especificaciones Técnicas y/o Términos de Referencia, procedimientos y condiciones para el proceso de contratación, elaborados por la Unidad Solicitante;

**Error subsanable:** Es aquel que incide sobre aspectos no sustanciales, sean accidentales, accesorios o de forma; sin afectar la legalidad ni la solvencia de la propuesta;

**Especificaciones Técnicas:** Parte integrante del DBCD, elaborada por la AISEM, donde se establecen las características técnicas de los bienes y servicios a contratar;

**Fuerza Mayor:** Obstáculo externo, imprevisto o inevitable que origina una fuerza extraña al ser humano que impide el cumplimiento de la obligación (incendios, inundaciones y otros desastres naturales);

**Invitación:** Es la comunicación escrita a la (s) empresa (s) de la lista de proveedores de la AISEM y a las empresas que no se encuentren en la citada lista de proveedores;

**Lista de Proveedores de la AISEM:** Es una lista detallada de varias empresas proveedoras de bienes y/o servicios a establecimientos de salud, para la provisión de bienes y servicios referidos a equipamiento médico y no médico, instrumental, mobiliario, equipamiento industrial y similares, textiles y otros.

**Monto del Contrato:** Es el precio establecido en la Resolución de Adjudicación, plasmado en el contrato que puede ser modificado con posterioridad de conformidad con las disposiciones del Contrato.

**Precio Referencial:** Es el precio estimado por la Unidad Solicitante para un proceso de contratación;

**Proponente:** Persona jurídica que participa de un proceso de contratación, mediante la presentación de propuesta;

**Proponente Nacional:** Persona jurídica constituida en Bolivia y cuya mayoría de capital sea de titularidad de personas naturales bolivianas, reflejándose en la dirección y control de la persona jurídica.

**Proponente Extranjero:** Persona jurídica que no cumple con las condiciones para considerarse proponente nacional. En caso de Asociaciones Accidentales estas serán consideradas proponentes extranjeros si no existe participación alguna de empresas nacionales.

**Propuesta:** Condiciones técnicas y económicas presentada por el proponente para un determinado bien o servicio en un momento determinado;

**Proveedor:** Persona jurídica con quien suscribe la AISEM un Contrato Administrativo;

PARTE II

**CONVOCATORIA**

1. DATOS GENERALES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad Convocante | **AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Modalidad de contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA | | | | | | | | |  | Código Interno que la Entidad utiliza para identificar el proceso | | | | | | | | | | **AISEM/CD/DS/006/2024** | | | |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |
| Objeto de la contratación | **ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MENOR Y MONITORIZACION PARA EL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL (CARMEN LOPEZ) DEL MUNICIPIO DE AIQUILE DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |
| Método de Selección y Adjudicación: | Precio Evaluado más Bajo | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |
| Forma de Adjudicación |  | Por el Total | | | | | | **X** | | | Por Ítems | | | | | |  | | | Por Lotes | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |
| Precio Referencial | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **1** | OTO OFTALMOSCOPIO | 10 | Bs6.600,00 | Bs66.000,00 | | **2** | LAMPARAS CUELLO DE GANSO | 22 | Bs2.700,00 | Bs59.400,00 | | **3** | LARINGOSCOPIO ADULTO / PEDIATRICO | 1 | Bs3.728,00 | Bs3.728,00 | | **4** | LARINGOSCOPIO NEONATAL | 3 | Bs3.675,00 | Bs11.025,00 | | **5** | OXIMETRO DE PULSO ADULTO | 14 | Bs3.518,00 | Bs49.252,00 | | **6** | NEGATOSCOPIO DE 2 CUERPOS | 22 | Bs2.000,00 | Bs44.000,00 | | **7** | LARINGOSCOPIO ADULTO | 6 | Bs3.675,00 | Bs22.050,00 | | **8** | DETECTOR DE ULTRASONIDO FETAL | 4 | Bs4.500,00 | Bs18.000,00 | | **9** | INFANTOMETRO | 5 | Bs2.700,00 | Bs13.500,00 | | **10** | BALANZA DE MESA PEDIÁTRICA | 5 | Bs9.765,00 | Bs48.825,00 | | **11** | OXIMETRO DE PULSO NEONATAL | 3 | Bs6.000,00 | Bs18.000,00 | | **12** | OXIMETRO DE PULSO PEDIÁTRICO | 5 | Bs4.100,00 | Bs20.500,00 | | **13** | BALANZA CON TALLIMETRO DIGITAL | 13 | Bs6.900,00 | Bs89.700,00 | | **14** | ESTETOSCOPIO ADULTO | 16 | Bs1.250,00 | Bs20.000,00 | | **15** | TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE | 8 | Bs3.800,00 | Bs30.400,00 | | **16** | AMBU ADULTO | 3 | Bs550,00 | Bs1.650,00 | | **17** | AMBU NEONATAL | 3 | Bs950,00 | Bs2.850,00 | | **18** | ESTETOSCOPIO PEDIATRICO | 10 | Bs1.250,00 | Bs12.500,00 | | **19** | FLUJOMETRO DE OXIGENO | 80 | Bs550,00 | Bs44.000,00 | | **20** | FRASCO RECOLECTOR DE 2 O MAS LÍTROS | 80 | Bs2.950,00 | Bs236.000,00 | | **21** | ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA ADULTO / PEDIATRICO | 9 | Bs1.250,00 | Bs11.250,00 | | **22** | ESTETOSCOPIO NEONATAL | 3 | Bs1.250,00 | Bs3.750,00 | | **23** | TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE (ADULTO / PEDIATRICO) | 5 | Bs3.800,00 | Bs19.000,00 | | **24** | LAMPARA DE EXPLORACION TIPO LAPIZ | 26 | Bs250,00 | Bs6.500,00 | | **25** | FRASCO HUMIDIFICADOR | 80 | Bs189,00 | Bs15.120,00 | | **26** | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 24 | Bs80.000,00 | Bs1.920.000,00 | | **27** | MÁQUINA DE ANESTESIA CON MONITOR DE SIGNOS VITALES | 3 | Bs550.000,00 | Bs1.650.000,00 | | **28** | SELLADORA DE BOLSAS | 2 | Bs90.000,00 | Bs180.000,00 | | **29** | MONITOR DE SIGNOS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS | 2 | Bs69.000,00 | Bs138.000,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |
| La contratación se formalizará mediante | X | Contrato | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |
| Plazo previsto para la entrega de bienes **(en días calendario)** | De acuerdo a Especificaciones técnicas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Señalar para cuando es el requerimiento del bien | **X** | Bienes para la gestión en curso |  |  |
|  |  | |  |
|  | Bienes para la próxima gestión | |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Organismos Financiadores | | | | | | | | | # | | Nombre del Organismo Financiador  (de acuerdo al clasificador vigente) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | % de Financiamiento | | | | | | | |  |
|  |
| 1 | | Tesoro General de la Nación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 100 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 1. **INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA (DBCD)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Domicilio de la Entidad Convocante | | | | | | | | | Edificio Barcelona, Piso 1, 5, 6 y 7, calle Víctor Sanjinés N° 2678 entre calles Quintín Barrios y Méndez Arcos. La Paz - Bolivia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Horario de Atención de la Entidad | | | | | | | | | 08:30 - 12:30 y de 14:30 - 18:30 | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | |  |  |  | | *Nombre Completo* | | | | | | |  | | | *Cargo* | | | | | | | | | |  | | *Dependencia* | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | |  |
| Encargado de atender consultas técnicas | | | | | | | | | | | | | | VICTOR HUGO RUIZ MAYTA | | | | | | | |  | | | TECNICO EN EQUIPAMIENTO TÉCNICO | | | | | | | | | |  | | Dirección Técnica | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono | | | 2 125007 | | | | Fax | | | - | | | | | Correo Electrónico | | | | | | | |  | | | consultas@aisem.gob.bo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PERSONAL DE LA ENTIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | |  | | *Apellido Materno* | | | | | | | | |  | | | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | |  | | *Cargo* | | | | | | | | | | | | |  | |
| Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) | | | | | | | | | | | | VERONICA | | | | | | | | | |  | | CASABLANCA | | | | | | | | |  | | | VILLCA | | | | | | | | | | |  | | DIRECTORA GENERAL EJECUTIVA | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| Responsable del Proceso de Contratación Directa (RPCD) | | | | | | | | | | | | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | |  | | *Apellido Materno* | | | | | | | | |  | | | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | |  | | *Cargo* | | | | | | | | | | | | |  | |
| DAVID HUMBERTO | | | | | | | | | |  | | BARRIOS | | | | | | | | |  | | | IMAÑA | | | | | | | | | | |  | | DIRECTOR TECNICO | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. **SERVIDORES PÚBLICOS QUE OCUPAN CARGOS EJECUTIVOS HASTA EL TERCER NIVEL JERÁRQUICO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | |  | | *Apellido Materno* | | | | | | | | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *Cargo* | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | CASABLANCA | | | | | | | | | |  | | VILLCA | | | | | | | | | | | |  | VERONICA | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | DIRECTORA GENERAL EJECUTIVA | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | |  | | *Apellido Materno* | | | | | | | | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *Cargo* | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | CUELLAR | | | | | | | | | |  | | VERASTEGUI | | | | | | | | | | | |  | LUIS FELIX | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | |  | | *Apellido Materno* | | | | | | | | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *Cargo* | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | BARRIOS | | | | | | | | | |  | | IMAÑA | | | | | | | | | | | |  | DAVID HUMBERTO | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | DIRECTOR TÉCNICO | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | |  | | *Apellido Materno* | | | | | | | | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *Cargo* | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | LOBOS | | | | | | | | | |  | | HUANDO | | | | | | | | | | | |  | NESTOR | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | DIRECTOR DE ASUNTOS JURÍDICOS | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | |  | | *Apellido Materno* | | | | | | | | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *Cargo* | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |

1. CRONOGRAMA DE PLAZOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

*Todos los plazos son estimados de acuerdo a la naturaleza del Proceso de Contratación Directa.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACTIVIDAD** | | | **FECHA** | | | | | | | **HORA** | | | | | **LUGAR** | | |
| 1 | Publicación e Invitación | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9 |  | 8 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  | AISEM, Calle Víctor Sanjinés N°2678 Zona Sopocachi (Plaza España), Edificio Barcelona, Piso 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Consultas Escritas (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 14 |  | 8 |  | 2024 |  |  | 17 |  | 00 |  |  | A través de correo electrónico consultas@aisem.gob.bo o mediante nota formal dirigida al RPCD por Ventanilla Unica de la AISEM, ubicada en la Calle Víctor Sanjinés N°2678 Zona Sopocachi (Plaza España), Edificio Barcelona, Piso 6. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Reunión de aclaración | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  | *Hora* |  | *Min.* |  |  |  |
|  | 19 |  | 8 |  | 2024 |  |  | 09 |  | 30 |  |  | **DE FORMA PRESENCIAL**  AISEM, Calle Víctor Sanjinés N°2678 Zona Sopocachi (Plaza España), Edificio Barcelona, Piso 6 Auditorio |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Aprobación del DBCD con las enmiendas si hubieran (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 21 |  | 8 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Notificación de aprobación del DBCD (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 23 |  | 8 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 6 | Presentación de Propuestas (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  | *Hora* |  | *Min.* |  |  |  |  |
|  | 30 |  | 8 |  | 2024 |  |  | 09 |  | 30 |  |  | **DE FORMA PRESENCIAL**  VENTANILLA UNICA de la AISEM, Calle Víctor Sanjinés N°2678 Zona Sopocachi (Plaza España), Edificio Barcelona, Piso 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Apertura de Propuestas (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  | *Hora* |  | *Min.* |  |  |  |  |
|  | 30 |  | 8 |  | 2024 |  |  | 10 |  | 00 |  |  | **DE FORMA PRESENCIAL**  AISEM, Calle Víctor Sanjinés N°2678 Zona Sopocachi (Plaza España), Edificio Barcelona, Piso 6 Auditorio |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  | 9 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Adjudicación o Declaratoria Desierta (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10 |  | 9 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Notificación de la adjudicación o declaratoria desierta (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 12 |  | 9 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Presentación de documentos para suscripción de contrato (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 19 |  | 9 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Suscripción de Contrato (fecha límite) | |  | *Día* |  | *Mes* |  | *Año* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 27 |  | 9 |  | 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS DEL BIEN

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |
| **ÍTEM Nª1: OTO OFTALMOSCOPIO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA, DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **10** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. |
| 1. CARCASA CON PROTECCIÓN CONTRA POLVO. |
| 1. LUZ BLANCA. |
| 1. AJUSTE DE DIAFRAGMAS MÍNIMAMENTE CINCO (5). |
| 1. ILUMINACIÓN LED O SUPERIOR. |
| 1. TEMPERATURA DE ILUMINACIÓN 4.000 K O SUPERIOR. |
| 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. |
| 1. CON MANGO MÍNIMAMENTE DE 15 CM DE LARGO O SUPERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 SET DE LENTES DE AUMENTO. * 1 CAJA DE BOMBILLAS DE REPUESTO. * 20 UNIDADES DE ESPÉCULOS TAMAÑO PEDIÁTRICO DESECHABLES. * 20 UNIDADES DE ESPÉCULOS TAMAÑO ADULTO DESECHABLES. * 6 PILAS ALCALINAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO.   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO. (CUANDO CORRESPONDA)   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE PERSONAL CALIFICADO.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **1** | OTO OFTALMOSCOPIO | EQUIPO | 10 | Bs6.600,00 | Bs66.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª2: LÁMPARA CUELLO DE GANSO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA E INTERNACIÓN, CON EL FIN DE PROPORCIONAR UNA ILUMINACIÓN EFICIENTE. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **22** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. BRAZO FLEXIBLE QUE PERMITA DIRECCIONAR LA LUZ. |
| 1. ALTURA VARIABLE MÍNIMA DE 90 A 150 CM O SUPERIOR. |
| 1. BASE RODANTE CON 5 RUEDAS. |
| 1. INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO. |
| 1. ILUMINACIÓN LED. |
| 1. VIDA ÚTIL DEL LED, 50.000 HORAS O SUPERIOR. |
| 1. CANTIDAD DE LÚMENES DE 30.000 LUX O SUPERIOR |
| 1. CON REGULACIÓN DE INTENSIDAD DE BRILLO. |
| 1. TEMPERATURA DEL COLOR DE 3000 K O SUPERIOR. |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO.   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **2** | LAMPARAS CUELLO DE GANSO | EQUIPO | 22 | Bs2.700,00 | Bs59.400,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª3: LARINGOSCOPIO ADULTO / PEDIATRICO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS DONDE SE TIENE LA FINALIDAD DE PRESTAR ATENCIÓN INMEDIATA A PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **1** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. |
| 1. LUZ BLANCA. |
| 1. ILUMINACIÓN HALÓGENA O SUPERIOR. |
| 1. VIDA ÚTIL: 20.000 HORAS O SUPERIOR. |
| 1. CON PALAS FÁCILES DE INTERCAMBIAR FABRICADOS EN ACERO INOXIDABLE RESISTENTES A LA CORROSIÓN. |
| 1. PALAS AUTOCLAVABLES Y DE HOJA CURVA. |
| 1. INCLUIR PALAS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:  * N° 0 – NEONATAL. * N° 1- PEDIATRICO. * N° 2- PEDIATRICO/ADULTO. |
| 1. EL MANGO DEBE MEDIR MÍNIMO 14 CM O SUPERIOR. |
| 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 CAJA DE BOMBILLOS (HALOGENA O SUPERIOR) DE REPUESTO. * 6 PILAS ALCALINAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **3** | LARINGOSCOPIO ADULTO / PEDIATRICO | EQUIPO | 1 | Bs3.728,00 | Bs3.728,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª4: LARINGOSCOPIO NEONATAL** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, DONDE SE REALIZAN DIAGNOSTICO DE DIFERENTES PATOLOGÍAS A PACIENTES NEONATALES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **3** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. |
| 1. LUZ BLANCA. |
| 1. ILUMINACION HALÓGENA O SUPERIOR. |
| 1. VIDA ÚTIL: 20.000 HORAS O SUPERIOR |
| 1. CON PALAS FÁCILES DE INTERCAMBIAR FABRICADOS EN ACERO INOXIDABLE RESISTENTES A LA CORROSIÓN. |
| 1. PALAS AUTOCLAVABLES Y DE HOJA RECTA. |
| 1. INCLUIR PALAS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:  * N° 00 – PACIENTE PREMATURO. * N° 0 – NEONATAL. * N° 1 – INFANTIL. |
| 1. CON MANGO MÍNIMO 14 CM O SUPERIOR. |
| 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 CAJA DE BOMBILLOS (HALOGENA O SUPERIOR) DE REPUESTO. * 6 UNIDADES DE PILAS ALCALINAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **4** | LARINGOSCOPIO NEONATAL | EQUIPO | 3 | Bs3.675,00 | Bs11.025,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª5: OXIMETRO DE PULSO ADULTO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN, CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS DONDE SE MONITORIZA LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA FRECUENCIA DE PULSO EN PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **14** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO Y PORTÁTIL. |
| 1. PANTALLA LCD DE 1.8” O SUPERIOR. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA DE PULSO. |
| 1. MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100%. |
| 1. FRECUENCIA DE PULSO: 30 A 240 LPM O SUPERIOR. |
| 1. ALARMAS AUDIBLES PROGRAMABLES. |
| 1. BATERÍA(S) RECARGABLE(S) CON AUTONOMÍA DE 5 HORAS O SUPERIOR (ESPECIFICAR). |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y A BATERIA |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SENSOR DE OXIMETRÍA REUTILIZABLE PARA PACIENTE ADULTO. * 1 CARGADOR DE BATERÍA(S). * 1 ESTUCHE. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FABRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **5** | OXIMETRO DE PULSO ADULTO | EQUIPO | 14 | Bs3.518,00 | Bs49.252,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª6: NEGATOSCOPIO DE 2 CUERPOS** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, CONSULTA EXTERNA, ODONTOLOGÍA, EMERGENCIA, QUIRÓFANOS E INFECTOLOGÍA, DONDE SE REALIZA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **22** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. SUPERFICIE DE VISUALIZACIÓN FABRICADA EN MATERIAL METACRILATO RESISTENTE O SUPERIOR. |
| 1. SUPERFICIE LISA DE FÁCIL LIMPIEZA. |
| 1. ILUMINACIÓN LED. |
| 1. VIDA UTIL DEL LED: 50000 HORAS O SUPERIOR. |
| 1. INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO. |
| 1. ESTRUCTURA EXTERIOR RESISTENTE A LA CORROSIÓN SEGÚN FABRICANTE (ESPECIFICAR) |
| 1. DIMENSIONES APROXIMADAS: 50 CM DE ALTO Y 70 CM DE ANCHO O SUPERIOR. |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FABRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FABRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **6** | NEGATOSCOPIO DE 2 CUERPOS | EQUIPO | 22 | Bs2.000,00 | Bs44.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª7: LARINGOSCOPIO ADULTO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE MATERNIDAD, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, EMERGENCIA Y QUIRÓFANOS DONDE SE TIENE LA FINALIDAD DE PRESTAR ATENCIÓN INMEDIATA EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PACIENTES ADULTOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **6** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. |
| 1. LUZ BLANCA. |
| 1. ILUMINACION HALÓGENA O SUPERIOR. |
| 1. VIDA ÚTIL: 20.000 HORAS O SUPERIOR |
| 1. CON PALAS FÁCILES DE INTERCAMBIAR FABRICADOS EN ACERO INOXIDABLE RESISTENTES A LA CORROSIÓN. |
| 1. PALAS DE HOJA CURVA AUTOCLAVABLES. |
| 1. INCLUIR PALAS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:  * N° 2 ,3,4 - ADULTO O EQUIVALENTE. |
| 1. MANGO MÍNIMO DE 14 CM O SUPERIOR. |
| 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 CAJA DE BOMBILLOS (HALOGENA O SUPERIOR) DE REPUESTO. * 6 UNIDADES DE PILAS ALCALINAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FABRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **7** | LARINGOSCOPIO ADULTO | EQUIPO | 6 | Bs3.675,00 | Bs22.050,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª8: DETECTOR DE ULTRASONIDO FETAL** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO EN LAS ÁREAS DE MATERNIDAD, INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DONDE SE BRINDA ATENCIÓN A PACIENTES EN ESTADO DE GESTACIÓN. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **4** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. PORTATIL. |
| 1. PANTALLA LCD O SUPERIOR. |
| 1. BOTÓN ON/OFF. |
| 1. VISUALIZACIÓN SIMULTÁNEA EN PANTALLA DE:  * VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL. * INDICADOR DE BATERÍA. |
| 1. CON TRANSDUCTOR ULTRASÓNICO. |
| 1. TRANSDUCTOR CON FRECUENCIA DE 2 O 3 MHZ O SUPERIOR. |
| 1. CON SOPORTE PARA TRANSDUCTOR. |
| 1. ALTAVOZ INCORPORADO AL EQUIPO. |
| 1. APAGADO AUTOMÁTICO ANTE LA INACTIVIDAD DEL EQUIPO. |
| 1. BATERÍA RECARGABLE, AUTONOMÍA DE 2 HORAS O SUPERIOR. |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240V/50 HZ Y BATERÍA DEBE INCLUIR CARGADOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * GEL CONDUCTOR DE 250ML |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA UNO O MÁS CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **8** | DETECTOR DE ULTRASONIDO FETAL | EQUIPO | 4 | Bs4.500,00 | Bs18.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª9: INFANTOMETRO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA DONDE SE REALIZA LA MEDICIÓN DE LONGITUD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ADEMÁS DE OTROS FINES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **5** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. FABRICADO DE MATERIAL RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. |
| 1. CON SUPERFICIE LISA. |
| 1. RANGO DE MEDICIÓN 100 CM O SUPERIOR. |
| 1. UNIDADES DE REGLA DE MEDICIÓN:  * CENTÍMETROS (CM). * PULGADAS (IN). |
| 1. DIVISIONES DE:  * 1 MM. * 1/16 DE PULGADA. |
| 1. PLEGABLE. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA UNO O MÁS CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **9** | INFANTOMETRO | EQUIPO | 5 | Bs2.700,00 | Bs13.500,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª10: BALANZA DE MESA PEDIÁTRICA** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA DONDE SE REALIZA LA MEDICIÓN DE LONGITUD Y PESO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ADEMÁS DE OTROS FINES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **5** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. PLATAFORMA DE PESAJE CON ESTRUCTURA CÓMODA. |
| 1. FABRICADO EN MATERIAL RESISTENTE PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE VALORES NUMÉRICOS DEL PESO EN LA PANTALLA LCD O SUPERIOR. |
| 1. BOTÓN DE ON/OFF. |
| 1. CON BOTONES DE FUNCIÓN TARA Y AUTO-HOLD O SUPERIOR. |
| 1. APAGADO AUTOMÁTICO DESPUÉS DE UN TIEMPO SIN INTERACCIÓN. |
| 1. CAPACIDAD HASTA 20 KG O SUPERIOR. |
| 1. DIVISIÓN MÍNIMA DE ±5 G CADA 10 KG. |
| 1. INFANTÓMETRO PARA MEDIR HASTA 60 CM O SUPERIOR. |
| 1. UNIDAD DE MEDIDA PARA EL PESO KG (KILOGRAMOS)/LB (LIBRAS). |
| 1. UNIDAD DE MEDIDA EN EL INFANTÓMETRO EN CM (CENTÍMETROS) O IN (PULGADAS). |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240V/50HZ Y A BATERÍA, DEBE INCLUIR CARGADOR. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **10** | BALANZA DE MESA PEDIÁTRICA | EQUIPO | 5 | Bs9.765,00 | Bs48.825,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª11: OXIMETRO DE PULSO NEONATAL** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DONDE SE MONITORIZA LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA FRECUENCIA DE PULSO EN PACIENTES NEONATALES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **3** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO Y PORTÁTIL. |
| 1. PANTALLA LCD DE 1.8” O SUPERIOR. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA DE PULSO. |
| 1. RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100%. |
| 1. FRECUENCIA DE PULSO: 30 A 240 LPM O SUPERIOR |
| 1. ALARMAS AUDIBLES PROGRAMABLES. |
| 1. BATERÍA(S) RECARGABLE CON AUTONOMÍA DE 5 HORAS O SUPERIOR. |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y A BATERÍA(S), INCLUIR CARGADOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SENSOR DE OXIMETRÍA REUTILIZABLE PARA PACIENTE NEONATAL. * 1 CARGADOR DE BATERIAS. * 1 ESTUCHE. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **11** | OXIMETRO DE PULSO NEONATAL | EQUIPO | 3 | Bs6.000,00 | Bs18.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª12: OXIMETRO DE PULSO PEDIÁTRICO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA E INTERNACIÓN DONDE SE MONITORIZA LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA FRECUENCIA DE PULSO EN PACIENTES ADEMÁS DE OTROS FINES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **5** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO Y PORTÁTIL. |
| 1. PANTALLA LCD DE 1.8” O SUPERIOR. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO. |
| 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA DE PULSO. |
| 1. RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100%. |
| 1. FRECUENCIA DE PULSO: 30 A 240 LPM O SUPERIOR |
| 1. ALARMAS AUDIBLES PROGRAMABLES. |
| 1. BATERÍA(S) RECARGABLE CON AUTONOMÍA DE 5 HORAS O SUPERIOR(ESPECIFICAR). |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y BATERÍA RECARGABLE, DEBE INCLUIR CARGADOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SENSOR DE OXIMETRÍA REUTILIZABLE PEDIÁTRICO. * 1 CARGADOR DE BATERIAS. * 1 ESTUCHE. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **12** | OXIMETRO DE PULSO PEDIÁTRICO | EQUIPO | 5 | Bs4.100,00 | Bs20.500,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª13: BALANZA CON TALLIMETRO DIGITAL** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DONDE SE MIDE LA TALLA Y PESO DE PACIENTES ADEMÁS DE OTROS FINES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **13** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. FABRICADO DE MATERIAL RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. PLATAFORMA DE PESAJE ANTIDESLIZANTE. |
| 1. RUEDAS PARA SU FÁCIL TRASLADO. |
| 1. PANTALLA DIGITAL LCD O SUPERIOR. |
| 1. BOTONES PARA FUNCION TARA, HOLD, CAMBIO DE UNIDAD DE MEDIDA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ON/OFF. |
| 1. DIVISIÓN DE 100 G O INFERIOR. |
| 1. CAPACIDAD DE PESAJE HASTA 200 KG O SUPERIOR. |
| 1. TALLÍMETRO PLEGABLE INTEGRADO A LA COLUMNA DEL EQUIPO. |
| 1. TOPE DE CABEZA COMO GUÍA DE MEDICIÓN. |
| 1. CAPAZ DE MEDIR HASTA 160 CM O SUPERIOR. |
| 1. DIVISIÓN MÍNIMA DE 1 MM. |
| 1. BATERÍA(S) RECARGABLE(S). |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y A BATERÍA RECARGABLE DEBE INCLUIR CARGADOR. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **13** | BALANZA CON TALLIMETRO DIGITAL | EQUIPO | 13 | Bs6.900,00 | Bs89.700,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª14: ESTETOSCOPIO ADULTO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE MATERNIDAD, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, EMERGENCIA Y QUIRÓFANO DONDE SE REALIZAN DIFERENTES DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS Y EXAMINACIÓN A PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **16** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CAMPANA PARA PACIENTE ADULTO DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. |
| 1. OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. OLIVAS CÓMODAS E INTERCAMBIABLES QUE PERMITEN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. |
| 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 3 DIAFRAGMAS (ADULTO). * 4 OLIVAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **14** | ESTETOSCOPIO ADULTO | PIEZA | 16 | Bs1.250,00 | Bs20.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª15: TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **8** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. INDICADOR DE PRESIÓN EN UN RANGO DE 0 MMHG HASTA 300 MMHG O SUPERIOR. |
| 1. TUBOS DE CONEXIÓN FLEXIBLES Y DURADEROS APTO PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. |
| 1. PERITA DE BULBO DE MATERIAL LATEX. |
| 1. VÁLVULA REGULADORA DE PRESIÓN. |
| 1. CANASTILLO PARA ALMACENAJE DE ACCESORIOS. |
| 1. PEDESTAL RODANTE ESTABLE DE 5 RUEDAS RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 BRAZALETE ADULTO REUTILIZABLE. * 1 BRAZALETES OBESO REUTILIZABLE. * 1 PERA DE INSUFLACIÓN. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **15** | TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE | PIEZA | 8 | Bs3.800,00 | Bs30.400,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª16: AMBU ADULTO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS**  **AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **3** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MASCARILLA DE TAMAÑO ADULTO. |
| 1. VÁLVULA UNIDIRECIONAL O EQUIVALENTE. |
| 1. RESUCITADOR DE SILICONA DE 1600 ML O SUPERIOR. |
| 1. MASCARILLA ESTERILIZABLE A 130 °C O SUPERIOR. |
| 1. BOLSA RESERVORIO DE OXÍGENO DE 1500 ML O SUPERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA SILICONADA PARA OXÍGENO. * 1 MASCARILLAS DE REANIMACIÓN, EN TAMAÑOS ADULTO. * 1 CAJA DE PLÁSTICO O SIMILAR. (DESCRIBIR OFERTA DEL FABRICANTE). |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **16** | AMBU ADULTO | PIEZA | 3 | Bs550,00 | Bs1.650,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª17: AMBU NEONATAL** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **3** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MASCARILLA DE TAMAÑO NEONATAL. |
| 1. VÁLVULA UNIDIRECIONAL O EQUIVALENTE. |
| 1. RESUCITADOR DE SILICONA DE 300 ML O SUPERIOR. |
| 1. MASCARILLA ESTERILIZABLE A 130 °C O SUPERIOR. |
| 1. BOLSA RESERVORIO DE OXÍGENO DE 500 ML O SUPERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA SILICONADA PARA OXÍGENO. * 1 MASCARILLAS DE REANIMACIÓN, EN TAMAÑO PEQUEÑO. * 1 CAJA DE PLÁSTICO O SIMILAR. (DESCRIBIR OFERTA DEL FABRICANTE). |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **17** | AMBU NEONATAL | PIEZA | 3 | Bs950,00 | Bs2.850,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª18: ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN, CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS DONDE SE REALIZAN DIFERENTES DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS Y EXAMINACIÓN A PACIENTES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS**  **AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **10** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CAMPANA PARA PACIENTE PEDIÁTRICO DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. |
| 1. OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. OLIVAS CÓMODAS E INTERCAMBIABLES QUE PERMITAN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. |
| 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 3 DIAFRAGMAS TIPO PEDIÁTRICO. * 4 OLIVAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **18** | ESTETOSCOPIO PEDIATRICO | PIEZA | 10 | Bs1.250,00 | Bs12.500,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª19: FLUJOMETRO DE OXIGENO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, IMAGENOLOGÍA, QUIRÓFANOS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS, LA NECESIDAD ES PARA  REGULAR Y CONTROLAR EL FLUJO DE OXÍGENO DESDE UNA FUENTE HACIA UN PACIENTE. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **80** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. DEBE CONTAR CON ESCALA VISIBLE DE 0 A 15 LITROS POR MINUTO (LPM) O SUPERIOR. |
| 1. INDICADOR DE FLUJO DE ACERO INOXIDABLE O SUPERIOR. |
| 1. MANDO GIRATORIO PARA SELECCIÓN ENTRE OXÍGENO DIRECTO O MEDIANTE HUMIDIFICADOR. |
| 1. CONECTOR PARA HUMIDIFICADOR. |
| 1. ESTRUCTURA DEL TUBO FABRICADA EN POLICARBONATO. |
| 1. ESTRUCTURA DEL CUERPO DE LATÓN CROMADO O SUPERIOR. |
| 1. HERMETICIDAD EN LA CONEXIÓN DEL TUBO DE O2 CON EL TANQUE EXTERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 2 ADAPTADORES TIPO OHMEDA DE ANCLAJE RÁPIDO POR FLUJOMETRO. * 1 MASCARILLAS PARA OXIGENO DESCARTABLES ADULTO POR FLUJÓMETRO. * 1 MASCARILLAS PARA OXIGENO DESCARTABLES PEDIÁTRICO POR FLUJÓMETRO. * 1 MASCARILLAS PARA OXIGENO DESCARTABLES NEONATAL POR FLUJÓMETRO. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **19** | FLUJOMETRO DE OXIGENO | PIEZA | 80 | Bs550,00 | Bs44.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª20: FRASCO RECOLECTOR DE 2 O MÁS LITROS** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS, IMAGENOLOGÍA, QUIRÓFANOS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, LA NECESIDAD ES PARA RECOLECTAR FLUIDOS CORPORALES DE DIFERENTES DENSIDADES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **80** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. FRASCO CON ESCALA VISIBLE PARA ASPIRACIÓN DE 2 LITROS O SUPERIOR. |
| 1. FRASCO REUSABLE FABRICADO EN POLICARBONATO O ACRÍLICO. |
| 1. CON TAPA DE MATERIAL RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (ESPECIFICAR). |
| 1. CON SELLO DE SILICONA HERMÉTICO Y VÁLVULA DE ANTIDESBORDAMIENTO. |
| 1. CON SOPORTE DE PARED ESTABLE. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA SILICONADA. * 1 CANULA DE SUCCIÓN. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLELOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FABRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **20** | FRASCO RECOLECTOR DE 2 O MAS LÍTROS | PIEZA | 80 | Bs2.950,00 | Bs236.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª21: ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA ADULTO / PEDIÁTRICO** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTAR DESTINADO A LAS ÁREAS DE SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, QUIRÓFANOS Y MATERNIDAD, LA NECESIDAD ES PARA ESCUCHAR LOS SONIDOS INTERNOS DEL CUERPO HUMANO EN PACIENTES ADULTOS/PEDIÁTRICOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **9** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON DOBLE CAMPANA DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. CON MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. |
| 1. CON OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. CON OLIVAS INTERCAMBIABLES, CÓMODAS QUE PERMITAN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. |
| 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 2 DIAFRAGMAS TIPO ADULTO. * 2 DIAFRAGMAS TIPO PEDIÁTRICO. * 4 OLIVAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **21** | ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA ADULTO / PEDIATRICO | PIEZA | 9 | Bs1.250,00 | Bs11.250,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª22: ESTETOSCOPIO NEONATAL** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE NEONATOLOGÍA, LA NECESIDAD ES PARA ESCUCHAR LOS SONIDOS INTERNOS DEL CUERPO HUMANO (CORAZÓN Y PULMONES) EN PACIENTES NEONATALES. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **3** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON CAMPANA PARA PACIENTE NEONATAL DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. |
| 1. CON MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. |
| 1. CON OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSION. |
| 1. CON OLIVAS CÓMODAS E INTERCAMBIABLES QUE PERMITAN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. |
| 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 3 DIAFRAGMAS TIPO NEONATAL. * 4 OLIVAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **22** | ESTETOSCOPIO NEONATAL | PIEZA | 3 | Bs1.250,00 | Bs3.750,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª23: TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE (ADULTO / PEDIÁTRICO)** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTAR DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA, LA NECESIDAD ES PARA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ADULTOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **5** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. INDICADOR DE PRESIÓN EN UN RANGO DE 0 MMHG HASTA 300 MMHG O SUPERIOR. |
| 1. TUBOS DE CONEXIÓN FLEXIBLES Y DURADEROS APTO PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. |
| 1. PERITA DE BULBO DE MATERIAL LATEX. |
| 1. VÁLVULA REGULADORA DE PRESIÓN. |
| 1. CANASTILLO PARA ALMACENAJE DE ACCESORIOS. |
| 1. CON PEDESTAL RODANTE ESTABLE DE 5 RUEDAS RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 BRAZALETES ADULTO REUTILIZABLE. * 1 BRAZALETES PEDIÁTRICO REUTILIZABLE. * 1 PERA DE INSUFLACIÓN. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **23** | TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE (ADULTO / PEDIATRICO) | PIEZA | 5 | Bs3.800,00 | Bs19.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª24: LAMPARA DE EXPLORACION TIPO LAPIZ** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, INFECCIOSOS, CONSULTA EXTERNA Y CUIDADOS INTERMEDIOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **26** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON CARCASA FABRICADA EN ALUMINIO. |
| 1. ILUMINACIÓN TIPO LED. |
| 1. TEMPERATURA DE 4500 K O SUPERIOR. |
| 1. CON CANTIDAD DE LÚMENES DE 30000 LUX O SUPERIOR. |
| 1. CAMPO DE ILUMINACIÓN: RAYO DE LUZ CENTRAL. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 4 PILAS POR EQUIPO. * 1 FUNDA POR EQUIPO. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **24** | LAMPARA DE EXPLORACION TIPO LAPIZ | PIEZA | 26 | Bs250,00 | Bs6.500,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª25: FRASCO HUMIDIFICADOR** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, IMAGENOLOGIA, QUIROFANOS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, INFECCIOSOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) |
| **CANTIDAD** | **80** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ROSCA METALICA. |
| 1. FRASCO HUMIDIFICADOR REUTILIZABLE FABRICADO EN POLICARBONATO. |
| 1. ESCALA VISIBLE Y CON CAPACIDAD DE 200 ML. |
| 1. VÁLVULA DE ALIVIO. |
| 1. DEBE CONTAR CON CIERRE HERMÉTICO. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA CON BOLSA. * 1 MASCARILLA DE OXÍGENO. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FABRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FABRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FABRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **25** | FRASCO HUMIDIFICADOR | PIEZA | 80 | Bs189,00 | Bs15.120,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª26: MONITOR DE SIGNOS VITALES** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREA DE SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, EMERGENCIA, QUIRÓFANOS, MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA, LA NECESIDAD ES PARA LA MONITORIZACIÓN DE MÚLTIPLES PARÁMETROS FISIOLÓGICOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) |
| **CANTIDAD** | **24** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MONITORIZACIÓN DE: SPO2, ECG, NIBP, TEMP, RITMO RESPIRATORIO (RR), FRECUENCIA DE PULSO (PR). |
| 1. MENÚ OPERATIVO EN ESPAÑOL. |
| 1. ALARMA VISUAL Y SONORA (ESPECIFICAR). |
| 1. FUNCIÓN DE CÁLCULO DE DOSIS DE FÁRMACO O SU EQUIVALENTE (ESPECIFICAR). |
| 1. ANÁLISIS DE ARRITMIA: 16 FORMAS DE ANÁLISIS O SUPERIOR. |
| 1. MODO CONGELAR ONDA. |
| 1. PUERTOS PERIFÉRICOS MÍNIMAMENTE UNA ENTRADA DE PUESTA A TIERRA, RJ45, USB O SUPERIOR. |
| 1. PANTALLA TÁCTIL LCD TFT A COLOR DE 12” O SUPERIOR. |
| 1. BATERÍA DE IONES DE LITIO RECARGABLE, AUTONOMÍA DE 120 MIN O SUPERIOR. |
| 1. **MONITORIZACIÓN** **DEL** **ECG**  * ENTRADA: 5 DERIVACIONES * 7 FORMAS DE ONDA: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V- O SUPERIOR**.** * CON GANANCIA DE x 0,5, x 1, x 2, x 4 O SUPERIOR. * CON VELOCIDAD DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR). * RANGO DE FRECUENCIA CARDÍACA (FC): 15 A 350 BPM * CON ANÁLISIS DE DESVIACIÓN DEL SEGMENTO ST ADULTO,   PEDIÁTRICO, NEONATAL: -2.0 MV A +2.0 MV O SUPERIOR. |
| 1. **MONITORIZACIÓN** **NIBP**  * TIPO DE PACIENTE: ADULTO, PEDIÁTRICO, NEONATAL. * RANGO DE MEDICIÓN:   RANGO DE SISTÓLICA: 25 A 260 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL) O SUPERIOR.*  RANGO DIÁSTOLE: 25 A 190 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL) O SUPERIOR.*  RANGO MEDIA: 20 A 140 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL) O SUPERIOR.*   * CON INTERVALO DE TIEMPO EN MODO AUTOMÁTICO AJUSTABLE HASTA 480 MIN O SUPERIOR. * RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO: 40 A 240 BPM O SUPERIOR. |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **TEMPERATURA**  * 1 CANAL O SUPERIOR. * RANGO DE MEDICIÓN ADULTO, PEDIÁTRICO, NEONATAL: 0 A 50 ºC * PRECISIÓN: ±0.1 ºC. |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE RITMO RESPIRATORIO (RR)**  * RANGO DE MEDICIÓN: 0 A 120 RPM O SUPERIOR. * PRECISIÓN: ±2 RPM O MENOR. * RETRASO DE LA ALARMA DE APNEA DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR). |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE SPO2**  * RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100 %. * RANGO DE MEDICIÓN DE PULSO: 25 A 240 BPM O SUPERIOR. |
| 1. **IMPRESORA**  * MATRIZ TÉRMICA DE PUNTOS O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE IMPRESIÓN AJUSTABLE DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR). |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC/50 HZ (±10%). |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SOPORTE DE PARED ORIGINAL DE LA MARCA OFERTADA PARA CADA MONITOR. * 1 CABLE ECG DE 5 LATIGUILLOS PARA CADA MONITOR. * 50 ELECTRODOS ADULTOS / PEDIÁTRICO DESECHABLES PARA CADA MONITOR. * 50 ELECTRODOS NEONATALES DESECHABLES PARA CADA MONITOR. * 3 CABLES EXTENSORES PARA SPO2 PARA CADA MONITOR. * 1 SENSOR DE SPO2 ADULTO PARA CADA MONITOR. * 1 SENSOR DE SPO2 PEDIÁTRICO PARA CADA MONITOR. * 1 SENSOR DE SPO2 NEONATAL PARA CADA MONITOR. * 1 MANGUERAS PARA BRAZALETE PANI PARA CADA MONITOR. * 1 BRAZALETES PANI ADULTO REUTILIZABLE PARA CADA MONITOR. * 1 BRAZALETES PANI PEDIÁTRICO REUTILIZABLE PARA CADA MONITOR. * 10 BRAZALETES PANI NEONATAL DESCARTABLE PARA CADA MONITOR. * 1 SENSORES DE TEMPERATURA DE PIEL REUTILIZABLE PARA CADA MONITOR. * 5 ROLLOS DE PAPEL DE IMPRESIÓN PARA CADA MONITOR. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FABRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **26** | MONITOR DE SIGNOS VITALES | EQUIPO | 24 | Bs80.000,00 | Bs1.920.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÍTEM Nº27: MÁQUINA DE ANESTESIA CON MONITOR DE SIGNOS VITALES** | | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTAR DESTINADO AL ÁREA DE QUIRÓFANO, LA NECESIDAD ES PARA SUMINISTRAR GASES ANESTÉSICOS DE MANERA SEGURA Y CONFIABLE A PACIENTES. | |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR | |
| **MODELO** | ESPECIFICAR | |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) | |
| **CANTIDAD** | **3** | |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON PANTALLA TFT A COLOR TÁCTIL DE 10 PULGADAS O SUPERIOR PARA MONITORIZAR LA VENTILACIÓN, VISUALIZAR Y CONTROLAR EL EQUIPO. | |
| 1. ROTÁMETRO PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO AUXILIAR, FLUJÓMETROS ELECTRÓNICOS PARA: O₂, AIRE/N2O. | |
| 1. CONTROL DE FLUJO. | |
| 1. DEBE INCLUIR UN VAPORIZADOR PARA SEVOFLURANO E ISOFLURANO. | |
| 1. DOS TOMAS DE CONEXIÓN AUXILIAR TIPO YOKE PARA CILINDROS DE GAS DE RESERVA EN CASOS DE EMERGENCIA: N2O Y O2 O SUPERIOR. | |
| 1. CONTAR CON VÁLVULA LIMITADORA DE PRESIÓN, AJUSTABLE POR EL USUARIO DE 0 A 70 CMH2O O SUPERIOR. | |
| 1. PERMITIR LA MONITORIZACIÓN DE GASES ANESTÉSICOS, PARA LA MONITORIZACIÓN DE CO2 Y CUALQUIER AGENTE ANESTÉSICO EN USO (ESPECIFICAR). | |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DEL VENTILADOR**   EL VENTILADOR DEL EQUIPO DEBE CONTAR MÍNIMAMENTE CON LOS SIGUIENTES MODOS VENTILATORIOS:   * VENTILACIÓN CONTROLADA POR VOLUMEN. * VENTILACIÓN CONTROLADA POR PRESIÓN, CON FUNCIÓN QUE PERMITE VOLUMEN GARANTIZADO. * VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA CONTROLADA POR PRESIÓN O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA CONTROLADA POR VOLUMEN O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA POR PRESIÓN O EQUIVALENTE. * CON SOPORTE DE PRESIÓN O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN MANUAL / ESPONTÁNEA. | |
| 1. **PARÁMETROS DE VENTILACIÓN**  * VOLUMEN CORRIENTE: 20 A 1500 ML O SUPERIOR. * CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO: DE 21 A 100%. * TASA DE RESPIRACIÓN POR MINUTO: 4 A 100 RPM O SUPERIOR. * PEEP: OFF, 3 A 30 CMH2O O SUPERIOR. * RELACIÓN I: E: 4:1 ~ 1:8 O MEJOR. * PRESIÓN INSPIRATORIA: 5 A 70 CMH2O. * PRESIÓN LÍMITE: 15 A 70 CMH2O O SUPERIOR. * PRESIÓN DE SOPORTE: 5 A 50 CMH2O O SUPERIOR. * TIEMPO INSPIRATORIO: 0.2 A 5.0 SEGUNDOS O SUPERIOR. * ACCIONADOR DE FLUJO (TRIGGER): 1 A 15 L/MIN O SUPERIOR. | |
| 1. **MONITOREO EN PANTALLA DE LA MÁQUINA DE ANESTESIA**   LA PANTALLA DE LA MÁQUINA DEBE PERMITIR REALIZAR LA MONITORIZACIÓN DE LO SIGUIENTE:   * VOLUMEN MINUTO O EQUIVALENTE. * OXÍGENO INSPIRADO (FIO2). * TASA RESPIRACIONES POR MINUTO O EQUIVALENTE. * PEEP, PICO (PEAK), MEDIA (MEAN) Y PLATEAU (PLAT) O SUS EQUIVALENTES. * VISUALIZACIÓN DE ONDAS GRÁFICAS: PRESIÓN, FLUJO Y VOLUMEN O SUPERIOR. * VISUALIZACIÓN DE BUCLES DE ESPIROMETRÍA: PRESIÓN-VOLUMEN, FLUJO - VOLUMEN O SUPERIOR. | |
| 1. **ESTRUCTURA FÍSICA DE LA MÁQUINA**  * SUPERFICIE DE TRABAJO FIJA EN EL EQUIPO (TIPO MESA). * DOS O MÁS CAJONES EN LA ESTRUCTURA DEL MUEBLE. * CUATRO RUEDAS, AL MENOS 2 CON FRENO O SUPERIOR. * REGLETA POSTERIOR, CON TOMACORRIENTES AUXILIARES (ESPECIFICAR). | |
| BATERÍA INTERNA CON AUTONOMÍA DE FUNCIONAMIENTO DE 90 MINUTOS O SUPERIOR. | |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DEL MONITOR** **MULTIPARAMÉTRICO**   MONITORIZACIÓN DE: SPO2, ECG, NIBP, TEMP, RITMO RESPIRATORIO (RR), FRECUENCIA DE PULSO (PR) O SUPERIOR. | |
| 1. MENÚ OPERATIVO EN ESPAÑOL. | |
| 1. ALARMA VISUAL Y SONORA (ESPECIFICAR). | |
| 1. FUNCIÓN DE CÁLCULO DE DOSIS DE FÁRMACO O SU EQUIVALENTE (ESPECIFICAR). | |
| 1. ANÁLISIS DE ARRITMIA: 16 FORMAS DE ANÁLISIS O SUPERIOR. | |
| 1. MODO CONGELAR ONDA. | |
| 1. PUERTOS PERIFÉRICOS MÍNIMAMENTE RJ45, USB O SUPERIOR. | |
| 1. PANTALLA TÁCTIL LCD TFT A COLOR DE 15” O SUPERIOR. | |
| 1. BATERÍA DE IONES DE LITIO RECARGABLE CON AUTONOMÍA DE 240 MIN O SUPERIOR | |
| 1. **MONITORIZACIÓN DEL ECG**  * ENTRADA: 5 DERIVACIONES * 7 FORMAS DE ONDA: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V- O SUPERIOR * GANANCIA DE x 0.5, x 1, x 2, x 4 O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE ACUERDO A FABRICANTE(ESPECIFICAR). * FRECUENCIA CARDÍACA (FC): 30 A 300 BPM * ANÁLISIS DE DESVIACIÓN DEL SEGMENTO ST ADULTO, PEDIÁTRICO -2.0 MV A +2.0 MV. | |
|
| 1. **MONITORIZACIÓN** **NIBP**  * TIPO DE PACIENTE: ADULTO, PEDIÁTRICO. * RANGO DE MEDICIÓN:   SISTÓLICA: 25 A 260 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  DIÁSTOLICA: 25 A 190 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  MEDIA: 15 A 200 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*   * INTERVALO DE TIEMPO EN MODO AUTOMÁTICO AJUSTABLE HASTA 480 MIN O SUPERIOR. * RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO: 40 A 240 BPM O SUPERIOR | |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **TEMPERATURA**  * 1 CANAL O SUPERIOR * MEDICIÓN ADULTO, PEDIÁTRICO: 0 A 50 ºC * PRECISIÓN: ±0.1 ºC | |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE RITMO RESPIRATORIO (RR)**  * MEDICIÓN: 0 A 120 RPM O SUPERIOR. * PRECISIÓN: ±3 RPM O INFERIOR. * RETRASO DE LA ALARMA DE APNEA DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE SPO2**  * MEDICIÓN DE SPO2: 0 A 100 % * MEDICIÓN DE PULSO: 30 A 250 BPM O SUPERIOR | |
| 1. **IMPRESORA**  * MATRIZ TÉRMICA DE PUNTOS O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE IMPRESIÓN AJUSTABLE DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. | |
| **CONSUMIBLES O REPUESTOS MAQUINA DE ANESTESIA** | * 5 CIRCUITOS RESPIRATORIO PARA ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 CIRCUITOS RESPIRATORIO PARA PEDIATRÍA REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 UNIDADES DE FILTRO PARA ABSORBEDOR DESECHABLE POR EQUIPO. * 5 UNIDADES DE MASCARILLAS PARA PACIENTE ADULTO DESECHABLE POR EQUIPO. | |
| **CONSUMIBLES O REPUESTOS MONITOR DE SIGNOS VITALES** | * 1 SENSOR DE TEMPERATURA SUPERFICIAL POR EQUIPO. * 1 CABLES DE ECG DE 5 LATIGUILLOS POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS ADULTOS / PEDIÁTRICO DESCARTABLES POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS NEONATALES DESCARTABLES POR EQUIPO. * 1 CABLES EXTENSOR DE SPO2 POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 NEONATAL REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 MANGUERAS PARA PANI REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 10 BRAZALETES PANI NEONATAL DESCARTABLE POR EQUIPO. * 5 ROLLOS DE PAPEL DE IMPRESIÓN POR EQUIPO. | |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **27** | MÁQUINA DE ANESTESIA CON MONITOR DE SIGNOS VITALES | EQUIPO | 3 | Bs550.000,00 | Bs1.650.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª28: SELLADORA DE BOLSAS** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, LA NECESIDAD ES EL SELLADO DE BOLSAS PARA LA PREPARACIÓN DE MATERIAL A ESTERILIZAR. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) |
| **CANTIDAD** | **2** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. SELLADOR DE CALOR ROTATORIO O SUPERIOR. |
| 1. ESTRUCTURA FABRICADA DE ACERO INOXIDABLE. |
| 1. SELLO RIBETEADO O PLANO O SUPERIOR. |
| 1. INDICACIÓN DIGITAL DE LA TEMPERATURA DE 50 A 199 °C O SUPERIOR. |
| 1. INICIO DE TRANSPORTE AUTOMÁTICO O SUPERIOR. |
| 1. CONTADOR DE PRODUCCIÓN DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) |
| 1. POSIBILIDAD DE CONEXIÓN A PC. |
| 1. IMPRESORA INCORPORADA. |
| 1. POSIBILIDAD DE IMPRIMIR ETIQUETAS. |
| 1. DESCRIPCIÓN DE ETIQUETAS PROGRAMABLES. |
| 1. VELOCIDAD DE RECORRIDO DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 10 ROLLOS DE BOLSAS DE DOS (2) DIFERENTES TAMAÑOS. * 10 PAQUETES DE PAPEL PARA IMPRESIÓN DE ETIQUETAS. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 Y/O ISO 11607 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO Y/O REGISTRO SANITARIO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **28** | SELLADORA DE BOLSAS | EQUIPO | 2 | Bs90.000,00 | Bs180.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM Nª29: MONITOR DE SIGNOS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS** | |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, LA NECESIDAD ES PARA LA MONITORIZACIÓN DE MÚLTIPLES PARÁMETROS FISIOLÓGICOS. |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) |
| **CANTIDAD** | **2** |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MONITORIZACIÓN DE: SPO2, ECG, NIBP, TEMP, RITMO RESPIRATORIO (RR), FRECUENCIA DE PULSO (PR), CO2, IBP O SUPERIOR. |
| 1. MENÚ OPERATIVO EN ESPAÑOL. |
| 1. ALARMA VISUAL Y SONORA (ESPECIFICAR). |
| 1. FUNCIÓN DE CÁLCULO DE DOSIS DE FÁRMACO O SU EQUIVALENTE (ESPECIFICAR). |
| 1. ANÁLISIS DE ARRITMIA: 16 FORMAS DE ANÁLISIS O SUPERIOR. |
| 1. MODO CONGELAR ONDA. |
| 1. PUERTOS PERIFÉRICOS MÍNIMAMENTE UNA ENTRADA DE PUESTA A TIERRA, RJ45, USB O SUPERIOR. |
| 1. PANTALLA TÁCTIL LCD TFT A COLOR DE 15” O SUPERIOR. |
| 1. BATERÍA DE ION LITIO RECARGABLE AUTONOMÍA DE 240 MIN O SUPERIOR |
| 1. **MONITORIZACIÓN DEL** **ECG**  * ENTRADA: 5 DERIVACIONES * 7 FORMAS DE ONDA: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V- O SUPERIOR * GANANCIA DE x 0.5, x 1, x 2, x 4 O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE ACUERDO A FABRICANTE(ESPECIFICAR). * RANGO DE FRECUENCIA CARDÍACA (FC): 30 A 300 BPM * ANÁLISIS DE DESVIACIÓN DEL SEGMENTO ST ADULTO, PEDIÁTRICO -2.0 MV A +2.0 MV. |
| 1. **MONITORIZACIÓN** **NIBP**  * TIPO DE PACIENTE: ADULTO, PEDIÁTRICO. * RANGO DE MEDICIÓN:   RANGO DE SISTÓLICA: 25 A 270 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  RANGO DIÁSTOLICA: 25 A 220 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  RANGO MEDIA: 15 A 235 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*   * INTERVALO DE TIEMPO EN MODO AUTOMÁTICO AJUSTABLE HASTA 720 MIN O SUPERIOR. * RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO: 40 A 240 BPM O SUPERIOR |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **TEMPERATURA**  * 1 CANAL O SUPERIOR * RANGO DE MEDICIÓN ADULTO, PEDIÁTRICO: 0 A 50 ºC * PRECISIÓN: ±0.1 ºC |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE RITMO RESPIRATORIO (RR)** |
| * RANGO DE MEDICIÓN: 0 A 150 RPM O SUPERIOR. * PRECISIÓN: ±3 RPM O INFERIOR. * RETRASO DE LA ALARMA DE APNEA DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE SPO2**  * RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 0 A 100 % * RANGO DE MEDICIÓN DE PULSO: 30 A 250 BPM O SUPERIOR |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE LA PRESION** **INVASIVA**  * 2 CANALES O SUPERIOR * RANGO DE MEDICIÓN DE -30 A 300 MMHG O SUPERIOR. |
| 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **CAPNOGRAFIA**  * CON CONECTOR O MÓDULO DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) * RANGO DE MEDICIÓN DE 0 A 99 MMHG O SUPERIOR * RESOLUCIÓN DE ±2 MMHG O INFERIOR. |
| 1. **IMPRESORA**  * MATRIZ TÉRMICA DE PUNTOS O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE IMPRESIÓN AJUSTABLE DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) |
| **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC/50 HZ (±10%) DEBE INCLUIR CABLE DE ALIMENTACIÓN TIPO SHUKO O NEMA. |
| **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 CARRO DE TRANSPORTE ORIGINAL DE LA MARCA OFERTADA POR EQUIPO. * 1 CABLES DE ECG DE 5 LATIGUILLOS POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS ADULTOS / PEDIÁTRICO DESECHABLES POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS NEONATALES DESECHABLES POR EQUIPO. * 1 CABLE EXTENSOR PARA SPO2 POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 NEONATAL REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 MANGUERAS PARA BRAZALETE PANI POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 BRAZALETES PANI NEONATAL DESCARTABLE POR EQUIPO. * 2 SENSORES DE TEMPERATURA DE PIEL ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 SET DE CAPNOGRAFÍA POR EQUIPO. * 2 CABLES DE PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA POR EQUIPO. * 10 DOMOS DE PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA (CON FECHA DE VENCIMIENTO NO MENOS DE 1 AÑO DESDE EL MOMENTO DE LA ENTREGA) POR EQUIPO. * 5 ROLLOS DE PAPEL DE IMPRESIÓN POR EQUIPO. |
| **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** |
| **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINSTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UNO CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. |
| **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | |
| **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS |
| **PRECIO REFERENCIAL** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°ITEM** | **DESCRIPCION DEL ITEM** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** | | **29** | MONITOR DE SIGNOS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS | EQUIPO | 2 | Bs69.000,00 | Bs138.000,00 | |
| **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO |
| **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. |
| **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |
| **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** |

**ANEXO 2**

**FORMULARIOS PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**

**Documentos Legales y Administrativos**

Formulario A-1 Presentación de Propuesta.

Formulario A-2a Identificación del Proponente para Personas Jurídicas.

Formulario A-2b Identificación del Proponente para Asociaciones Accidentales.

Formulario A-2c Identificación de Integrantes de la Asociación Accidental.

**Documentos de la Propuesta Económica**

Formulario B-1 Propuesta Económica.

**Documento de la Propuesta Técnica**

Formulario C-1 Especificaciones Técnicas.

Formulario C-2 Condiciones Adicionales.

**FORMULARIO A-1**

**PRESENTACIÓN DE PROPUESTA**

**(Para Personas Jurídicas o Asociaciones Accidentales)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS DEL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEÑALAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

A nombre de **(*Nombre del proponente)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento, conforme con los siguientes puntos:

**I.- De las Condiciones del Proceso**

1. Declaro cumplir estrictamente la normativa de la Ley N° 1178, de Administración y Control Gubernamentales y lo establecido en el presente DBCD.
2. Declaro no tener conflicto de intereses para el presente proceso de contratación.
3. Declaro, que, como proponente, no me encuentro en las causales de impedimento.
4. Declaro y garantizo haber examinado el DBCD, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones en dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
5. Declaro respetar el desempeño de los servidores públicos asignados, por la entidad convocante al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas.
6. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento.
7. Declaro la autenticidad de la(s) garantía(s) presentada(s) en el proceso de contratación, autorizando su verificación en las instancias correspondientes.
8. Me comprometo a denunciar, posibles actos de corrupción en el presente proceso de contratación, en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 974 de Unidades de Transparencia.
9. Acepto a sola firma de este documento que todos los Formularios presentados se tienen por suscritos.

**II.- De la Presentación de Documentos**

En caso de ser adjudicado, para la suscripción de contrato, me comprometo a presentar la siguiente documentación conforme a lo solicitado en cada inciso y en el plazo establecido en el cronograma del presente DBCD, salvo aquella documentación cuya información se encuentre consignada en el Certificado del RUPE misma que no será presentada, aceptando que el incumplimiento es causal de descalificación de la propuesta. En caso de Asociaciones Accidentales, la documentación conjunta a presentar es la señalada en los incisos a), e), j) y k).

1. Certificado RUPE que respalde la información declarada en la propuesta. ***(certificación electrónica).***
2. Cedula de Identidad del Representante Legal ***(fotocopia simple).***
3. Documento de Constitución de la empresa **(original o fotocopia legalizada).**
4. Matricula de Comercio actualizada, excepto para proponentes cuya normativa legal inherente a su constitución así lo prevea **(original o fotocopia legalizada).**
5. Poder General Amplio y Suficiente del Representante Legal del proponente con facultades para presentar propuestas y suscribir contratos, inscrito en el Registro de Comercio, esta inscripción podrá exceptuarse para otros proponentes cuya normativa legal inherente a su constitución así lo prevea. **(original o fotocopia legalizada).**
6. Certificado de inscripción en el Padrón Nacional de Contribuyentes (NIT) válido y activo. ***(certificación electrónica)***
7. Declaración Jurada del Pago de Impuestos a las Utilidades de las Empresas, de la última gestión. ***(fotocopia legible)***
8. Certificado de Solvencia Fiscal, emitido por la Contraloría General del Estado (CGE). ***(original)***
9. Certificado de No Adeudo por Contribuciones al Seguro Social Obligatorio de largo plazo y al Sistema Integral de Pensiones. ***(certificación electrónica)***
10. Boleta de Garantía de Cumplimiento de Contrato equivalente al siete por ciento (7%) del monto del contrato, siempre y cuando cumpla con las características de renovable, irrevocable y de ejecución inmediata; emitida a nombre de la entidad, con vigencia computable a partir de la suscripción de contrato, dicha vigencia debera exceder en treinta (30) días calendario al plazo de entrega. ***(original)***
11. Testimonio de Contrato de Asociación Accidental. **(original o fotocopia legalizada)**
12. Otra documentación requerida en las Especificaciones Técnicas.

***(Firma del propietario o representante legal del proponente)***

***(Nombre completo)***

**FORMULARIO A-2a**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

**(Para Empresas)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES DEL PROPONENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | Nombre del proponente o Razón Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | Proponente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***(Debe Señalar:* *Empresa Nacional, Empresa Extranjera, Cooperativa o Asociación Civil Sin Fines De Lucro)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | *País* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | *Ciudad* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | *Dirección* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | Domicilio Principal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Número de Identificación Tributaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | *Fecha de Registro* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | *Número de Matricula* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | *Día* | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | *Mes* | | | | | | | | | | | | | |  | | | *Año* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | Matrícula de Comercio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL *(Cuando el proponente sea una empresa unipersonal y éste no acredite a un Representante Legal no será necesario el llenado de la información del numeral 2 del presente formulario).*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | *Apellido Paterno* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | *Apellido Materno* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | Nombre del Representante Legal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | Número de Cédula de Identidad del Representante Legal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | *Número de Testimonio* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | *Lugar de Emisión* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | *Fecha de Inscripción* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | *Día* | | | | | | | | | | | |  | | | | *Mes* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | *Año* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Poder del Representante Legal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| * Declaro en calidad de Representante Legal contar con un poder general amplio y suficiente con facultades para presentar propuestas y suscribir Contratos. * Declaro que el poder del Representante Legal se encuentra inscrito en el Registro de Comercio. **(Suprimir este texto cuando por la naturaleza jurídica del proponente no se requiera la inscripción en el Registro de Comercio de Bolivia y cuando el proponente sea una empresa unipersonal y éste no acredite a un Representante Legal).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE NOTIFICACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| Solicito que las notificaciones me sean remitidas vía: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |

**FORMULARIO A-2b**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

**(Para Asociaciones Accidentales)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES DE LA ASOCIACIÓN ACCIDENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Denominación de la Asociación Accidental | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | % de Participación | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Asociados | | | | | | | | | | | Nombre del Asociado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | *Fecha de Expedición* | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | *Número de Testimonio* | | | | | | | | |  | *Lugar* | | | | | | | | | | | | | |  | *Día* | | |  | | *Mes* | | |  | | *Año* | | | | | | |  | |  | |  | |
|  | Testimonio de Contrato | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Nombre de la Empresa Líder | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 1. **DATOS DE CONTACTO DE LA EMPRESA LÍDER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | País | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | Ciudad | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Dirección Principal | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Teléfonos | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | Fax | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Correo Electrónico | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 1. **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACIÓN ACCIDENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Nombre del Representante Legal | | | | | | | | | | | *Apellido Paterno* | | | | | | | | |  | *Apellido Materno* | | | | | | | | | | | | | |  | *Nombres* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | Cédula de Identidad | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | Teléfono | | | | |  | | | | | | | | | | |  | Fax | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | Poder del Representante Legal | | | | | | | | | | *Número de Testimonio* | | | | | | | |  | *Lugar* | | | | | | | | | | |  | | *Fecha de Inscripción* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | | *Día* | | | |  | | *Mes* | | | | |  | | *Año* | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Dirección del Representante Legal | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Correo Electrónico | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| Declaro en calidad de Representante Legal de la Asociación Accidental contar con un poder general amplio y suficiente con facultades para presentar propuestas y suscribir contratos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE NOTIFICACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Solicito que las notificaciones me sean remitidas vía | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Correo Electrónico | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |

**FORMULARIO A-2c**

**IDENTIFICACIÓN DE INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN ACCIDENTAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES DEL PROPONENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del proponente o Razón Social | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Número de Identificación  Tributaria –NIT | | | | | | | | |  |  | Número de Matrícula de Comercio | | | | | | | | | | |  | *Fecha de Registro* | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  | *Día* | | |  | *Mes* | | |  | *Año* | | | | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  | | |  |  | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL *(Cuando el proponente sea una empresa unipersonal y éste no acredite a un Representante Legal no será necesario el llenado de la información del numeral 2 del presente formulario).*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del Representante Legal | | | | | | | | *Apellido Paterno* | | | | | | | |  | *Apellido Materno* | | | | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Cédula de Identidad del Representante Legal | | | | | | | | *Número* | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *Fecha de inscripción* | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Poder del Representante Legal | | | | | | | | *Número de Testimonio* | | | | | | | |  | *Lugar de emisión* | | | | | | |  | *Día* | | |  | *Mes* | | |  | *Año* | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | |  |  | | |  |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**FORMULARIO B-1**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

(Formato para Adjudicación por Ítems o por el Total)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS COMPLETADOS POR LA ENTIDAD CONVOCANTE** | | | | | | | **PROPUESTA (A SER COMPLETADO POR EL PROPONENTE)** | | | | |
| **Ítem** | | **Descripción del bien** | **Cantidad solicitada** | **Precio referencial unitario** | | **Precio referencial total** | **Cantidad Ofertada** | **Precio Unitario (Bs.)** | | **Precio Total (Bs.)** | |
| 1 | OTO OFTALMOSCOPIO | | 10 | Bs6.600,00 | Bs66.000,00 | |  |  |  | |
| 2 | LAMPARAS CUELLO DE GANSO | | 22 | Bs2.700,00 | Bs59.400,00 | |  |  |  | |
| 3 | LARINGOSCOPIO ADULTO / PEDIATRICO | | 1 | Bs3.728,00 | Bs3.728,00 | |  |  |  | |
| 4 | LARINGOSCOPIO NEONATAL | | 3 | Bs3.675,00 | Bs11.025,00 | |  |  |  | |
| 5 | OXIMETRO DE PULSO ADULTO | | 14 | Bs3.518,00 | Bs49.252,00 | |  |  |  | |
| 6 | NEGATOSCOPIO DE 2 CUERPOS | | 22 | Bs2.000,00 | Bs44.000,00 | |  |  |  | |
| 7 | LARINGOSCOPIO ADULTO | | 6 | Bs3.675,00 | Bs22.050,00 | |  |  |  | |
| 8 | DETECTOR DE ULTRASONIDO FETAL | | 4 | Bs4.500,00 | Bs18.000,00 | |  |  |  | |
| 9 | INFANTOMETRO | | 5 | Bs2.700,00 | Bs13.500,00 | |  |  |  | |
| 10 | BALANZA DE MESA PEDIÁTRICA | | 5 | Bs9.765,00 | Bs48.825,00 | |  |  |  | |
| 11 | OXIMETRO DE PULSO NEONATAL | | 3 | Bs6.000,00 | Bs18.000,00 | |  |  |  | |
| 12 | OXIMETRO DE PULSO PEDIÁTRICO | | 5 | Bs4.100,00 | Bs20.500,00 | |  |  |  | |
| 13 | BALANZA CON TALLIMETRO DIGITAL | | 13 | Bs6.900,00 | Bs89.700,00 | |  |  |  | |
| 14 | ESTETOSCOPIO ADULTO | | 16 | Bs1.250,00 | Bs20.000,00 | |  |  |  | |
| 15 | TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE | | 8 | Bs3.800,00 | Bs30.400,00 | |  |  |  | |
| 16 | AMBU ADULTO | | 3 | Bs550,00 | Bs1.650,00 | |  |  |  | |
| 17 | AMBU NEONATAL | | 3 | Bs950,00 | Bs2.850,00 | |  |  |  | |
| 18 | ESTETOSCOPIO PEDIATRICO | | 10 | Bs1.250,00 | Bs12.500,00 | |  |  |  | |
| 19 | FLUJOMETRO DE OXIGENO | | 80 | Bs550,00 | Bs44.000,00 | |  |  |  | |
| 20 | FRASCO RECOLECTOR DE 2 O MAS LÍTROS | | 80 | Bs2.950,00 | Bs236.000,00 | |  |  |  | |
| 21 | ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA ADULTO / PEDIATRICO | | 9 | Bs1.250,00 | Bs11.250,00 | |  |  |  | |
| 22 | ESTETOSCOPIO NEONATAL | | 3 | Bs1.250,00 | Bs3.750,00 | |  |  |  | |
| 23 | TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE (ADULTO / PEDIATRICO) | | 5 | Bs3.800,00 | Bs19.000,00 | |  |  |  | |
| 24 | LAMPARA DE EXPLORACION TIPO LAPIZ | | 26 | Bs250,00 | Bs6.500,00 | |  |  |  | |
| 25 | FRASCO HUMIDIFICADOR | | 80 | Bs189,00 | Bs15.120,00 | |  |  |  | |
| 26 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | | 24 | Bs80.000,00 | Bs1.920.000,00 | |  |  |  | |
| 27 | MÁQUINA DE ANESTESIA CON MONITOR DE SIGNOS VITALES | | 3 | Bs550.000,00 | Bs1.650.000,00 | |  |  |  | |
| 28 | SELLADORA DE BOLSAS | | 2 | Bs90.000,00 | Bs180.000,00 | |  |  |  | |
| 29 | MONITOR DE SIGNOS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS | | 2 | Bs69.000,00 | Bs138.000,00 | |  |  |  | |
| **TOTAL PRECIO REFERENCIAL (Numeral)** | | | | | | **4.755.000,00** | **TOTAL PROPUESTA (Numeral)** | | |  | |
| (Literal) | | | | | | Cuatro millones setecientos cincuenta y cinco mil 00/100 Bolivianos | (Literal) | | |  | |

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°1: OTO OFTALMOSCOPIO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª1: OTO OFTALMOSCOPIO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA, DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **10** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. | | 1. CARCASA CON PROTECCIÓN CONTRA POLVO. | | 1. LUZ BLANCA. | | 1. AJUSTE DE DIAFRAGMAS MÍNIMAMENTE CINCO (5). | | 1. ILUMINACIÓN LED O SUPERIOR. | | 1. TEMPERATURA DE ILUMINACIÓN 4.000 K O SUPERIOR. | | 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. | | 1. CON MANGO MÍNIMAMENTE DE 15 CM DE LARGO O SUPERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 SET DE LENTES DE AUMENTO. * 1 CAJA DE BOMBILLAS DE REPUESTO. * 20 UNIDADES DE ESPÉCULOS TAMAÑO PEDIÁTRICO DESECHABLES. * 20 UNIDADES DE ESPÉCULOS TAMAÑO ADULTO DESECHABLES. * 6 PILAS ALCALINAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO.   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO. (CUANDO CORRESPONDA)   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE PERSONAL CALIFICADO.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°2: LÁMPARA CUELLO DE GANSO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª2: LÁMPARA CUELLO DE GANSO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA E INTERNACIÓN, CON EL FIN DE PROPORCIONAR UNA ILUMINACIÓN EFICIENTE. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **22** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. BRAZO FLEXIBLE QUE PERMITA DIRECCIONAR LA LUZ. | | 1. ALTURA VARIABLE MÍNIMA DE 90 A 150 CM O SUPERIOR. | | 1. BASE RODANTE CON 5 RUEDAS. | | 1. INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO. | | 1. ILUMINACIÓN LED. | | 1. VIDA ÚTIL DEL LED, 50.000 HORAS O SUPERIOR. | | 1. CANTIDAD DE LÚMENES DE 30.000 LUX O SUPERIOR | | 1. CON REGULACIÓN DE INTENSIDAD DE BRILLO. | | 1. TEMPERATURA DEL COLOR DE 3000 K O SUPERIOR. | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO.   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°3: LARINGOSCOPIO ADULTO / PEDIATRICO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª3: LARINGOSCOPIO ADULTO / PEDIATRICO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS DONDE SE TIENE LA FINALIDAD DE PRESTAR ATENCIÓN INMEDIATA A PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **1** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. | | 1. LUZ BLANCA. | | 1. ILUMINACIÓN HALÓGENA O SUPERIOR. | | 1. VIDA ÚTIL: 20.000 HORAS O SUPERIOR. | | 1. CON PALAS FÁCILES DE INTERCAMBIAR FABRICADOS EN ACERO INOXIDABLE RESISTENTES A LA CORROSIÓN. | | 1. PALAS AUTOCLAVABLES Y DE HOJA CURVA. | | 1. INCLUIR PALAS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:  * N° 0 – NEONATAL. * N° 1- PEDIATRICO. * N° 2- PEDIATRICO/ADULTO. | | 1. EL MANGO DEBE MEDIR MÍNIMO 14 CM O SUPERIOR. | | 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 CAJA DE BOMBILLOS (HALOGENA O SUPERIOR) DE REPUESTO. * 6 PILAS ALCALINAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°4: LARINGOSCOPIO NEONATAL**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª4: LARINGOSCOPIO NEONATAL** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, DONDE SE REALIZAN DIAGNOSTICO DE DIFERENTES PATOLOGÍAS A PACIENTES NEONATALES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **3** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. | | 1. LUZ BLANCA. | | 1. ILUMINACION HALÓGENA O SUPERIOR. | | 1. VIDA ÚTIL: 20.000 HORAS O SUPERIOR | | 1. CON PALAS FÁCILES DE INTERCAMBIAR FABRICADOS EN ACERO INOXIDABLE RESISTENTES A LA CORROSIÓN. | | 1. PALAS AUTOCLAVABLES Y DE HOJA RECTA. | | 1. INCLUIR PALAS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:  * N° 00 – PACIENTE PREMATURO. * N° 0 – NEONATAL. * N° 1 – INFANTIL. | | 1. CON MANGO MÍNIMO 14 CM O SUPERIOR. | | 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 CAJA DE BOMBILLOS (HALOGENA O SUPERIOR) DE REPUESTO. * 6 UNIDADES DE PILAS ALCALINAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN (SEGÚN CORRESPONDA) SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°5: OXIMETRO DE PULSO ADULTO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª5: OXIMETRO DE PULSO ADULTO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN, CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS DONDE SE MONITORIZA LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA FRECUENCIA DE PULSO EN PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **14** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO Y PORTÁTIL. | | 1. PANTALLA LCD DE 1.8” O SUPERIOR. | | 1. VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA. | | 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO. | | 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA DE PULSO. | | 1. MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100%. | | 1. FRECUENCIA DE PULSO: 30 A 240 LPM O SUPERIOR. | | 1. ALARMAS AUDIBLES PROGRAMABLES. | | 1. BATERÍA(S) RECARGABLE(S) CON AUTONOMÍA DE 5 HORAS O SUPERIOR (ESPECIFICAR). | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y A BATERIA | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SENSOR DE OXIMETRÍA REUTILIZABLE PARA PACIENTE ADULTO. * 1 CARGADOR DE BATERÍA(S). * 1 ESTUCHE. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FABRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°6: NEGATOSCOPIO DE 2 CUERPOS**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª6: NEGATOSCOPIO DE 2 CUERPOS** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, CONSULTA EXTERNA, ODONTOLOGÍA, EMERGENCIA, QUIRÓFANOS E INFECTOLOGÍA, DONDE SE REALIZA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **22** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. SUPERFICIE DE VISUALIZACIÓN FABRICADA EN MATERIAL METACRILATO RESISTENTE O SUPERIOR. | | 1. SUPERFICIE LISA DE FÁCIL LIMPIEZA. | | 1. ILUMINACIÓN LED. | | 1. VIDA UTIL DEL LED: 50000 HORAS O SUPERIOR. | | 1. INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO. | | 1. ESTRUCTURA EXTERIOR RESISTENTE A LA CORROSIÓN SEGÚN FABRICANTE (ESPECIFICAR) | | 1. DIMENSIONES APROXIMADAS: 50 CM DE ALTO Y 70 CM DE ANCHO O SUPERIOR. | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FABRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FABRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°7: LARINGOSCOPIO ADULTO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª7: LARINGOSCOPIO ADULTO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE MATERNIDAD, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, EMERGENCIA Y QUIRÓFANOS DONDE SE TIENE LA FINALIDAD DE PRESTAR ATENCIÓN INMEDIATA EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PACIENTES ADULTOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **6** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO. | | 1. LUZ BLANCA. | | 1. ILUMINACION HALÓGENA O SUPERIOR. | | 1. VIDA ÚTIL: 20.000 HORAS O SUPERIOR | | 1. CON PALAS FÁCILES DE INTERCAMBIAR FABRICADOS EN ACERO INOXIDABLE RESISTENTES A LA CORROSIÓN. | | 1. PALAS DE HOJA CURVA AUTOCLAVABLES. | | 1. INCLUIR PALAS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:  * N° 2 ,3,4 - ADULTO O EQUIVALENTE. | | 1. MANGO MÍNIMO DE 14 CM O SUPERIOR. | | 1. ALIMENTACIÓN: PILAS ALCALINAS. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 ESTUCHE. * 1 CAJA DE BOMBILLOS (HALOGENA O SUPERIOR) DE REPUESTO. * 6 UNIDADES DE PILAS ALCALINAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FABRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°8: DETECTOR DE ULTRASONIDO FETAL**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª8: DETECTOR DE ULTRASONIDO FETAL** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO EN LAS ÁREAS DE MATERNIDAD, INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DONDE SE BRINDA ATENCIÓN A PACIENTES EN ESTADO DE GESTACIÓN. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **4** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. PORTATIL. | | 1. PANTALLA LCD O SUPERIOR. | | 1. BOTÓN ON/OFF. | | 1. VISUALIZACIÓN SIMULTÁNEA EN PANTALLA DE:  * VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL. * INDICADOR DE BATERÍA. | | 1. CON TRANSDUCTOR ULTRASÓNICO. | | 1. TRANSDUCTOR CON FRECUENCIA DE 2 O 3 MHZ O SUPERIOR. | | 1. CON SOPORTE PARA TRANSDUCTOR. | | 1. ALTAVOZ INCORPORADO AL EQUIPO. | | 1. APAGADO AUTOMÁTICO ANTE LA INACTIVIDAD DEL EQUIPO. | | 1. BATERÍA RECARGABLE, AUTONOMÍA DE 2 HORAS O SUPERIOR. | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240V/50 HZ Y BATERÍA DEBE INCLUIR CARGADOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * GEL CONDUCTOR DE 250ML | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA UNO O MÁS CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°9: INFANTOMETRO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª9: INFANTOMETRO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA DONDE SE REALIZA LA MEDICIÓN DE LONGITUD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ADEMÁS DE OTROS FINES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **5** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. FABRICADO DE MATERIAL RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. | | 1. CON SUPERFICIE LISA. | | 1. RANGO DE MEDICIÓN 100 CM O SUPERIOR. | | 1. UNIDADES DE REGLA DE MEDICIÓN:  * CENTÍMETROS (CM). * PULGADAS (IN). | | 1. DIVISIONES DE:  * 1 MM. * 1/16 DE PULGADA. | | 1. PLEGABLE. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA UNO O MÁS CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°10: BALANZA DE MESA PEDIÁTRICA**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª10: BALANZA DE MESA PEDIÁTRICA** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA DONDE SE REALIZA LA MEDICIÓN DE LONGITUD Y PESO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ADEMÁS DE OTROS FINES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **5** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. PLATAFORMA DE PESAJE CON ESTRUCTURA CÓMODA. | | 1. FABRICADO EN MATERIAL RESISTENTE PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. | | 1. VISUALIZACIÓN DE VALORES NUMÉRICOS DEL PESO EN LA PANTALLA LCD O SUPERIOR. | | 1. BOTÓN DE ON/OFF. | | 1. CON BOTONES DE FUNCIÓN TARA Y AUTO-HOLD O SUPERIOR. | | 1. APAGADO AUTOMÁTICO DESPUÉS DE UN TIEMPO SIN INTERACCIÓN. | | 1. CAPACIDAD HASTA 20 KG O SUPERIOR. | | 1. DIVISIÓN MÍNIMA DE ±5 G CADA 10 KG. | | 1. INFANTÓMETRO PARA MEDIR HASTA 60 CM O SUPERIOR. | | 1. UNIDAD DE MEDIDA PARA EL PESO KG (KILOGRAMOS)/LB (LIBRAS). | | 1. UNIDAD DE MEDIDA EN EL INFANTÓMETRO EN CM (CENTÍMETROS) O IN (PULGADAS). | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240V/50HZ Y A BATERÍA, DEBE INCLUIR CARGADOR. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°11: OXIMETRO DE PULSO NEONATAL**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª11: OXIMETRO DE PULSO NEONATAL** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DONDE SE MONITORIZA LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA FRECUENCIA DE PULSO EN PACIENTES NEONATALES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **3** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO Y PORTÁTIL. | | 1. PANTALLA LCD DE 1.8” O SUPERIOR. | | 1. VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA. | | 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO. | | 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA DE PULSO. | | 1. RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100%. | | 1. FRECUENCIA DE PULSO: 30 A 240 LPM O SUPERIOR | | 1. ALARMAS AUDIBLES PROGRAMABLES. | | 1. BATERÍA(S) RECARGABLE CON AUTONOMÍA DE 5 HORAS O SUPERIOR. | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y A BATERÍA(S), INCLUIR CARGADOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SENSOR DE OXIMETRÍA REUTILIZABLE PARA PACIENTE NEONATAL. * 1 CARGADOR DE BATERIAS. * 1 ESTUCHE. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°12: OXIMETRO DE PULSO PEDIÁTRICO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª12: OXIMETRO DE PULSO PEDIÁTRICO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA E INTERNACIÓN DONDE SE MONITORIZA LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA FRECUENCIA DE PULSO EN PACIENTES ADEMÁS DE OTROS FINES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **5** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ERGONÓMICO Y PORTÁTIL. | | 1. PANTALLA LCD DE 1.8” O SUPERIOR. | | 1. VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA. | | 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO. | | 1. VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA FRECUENCIA DE PULSO. | | 1. RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100%. | | 1. FRECUENCIA DE PULSO: 30 A 240 LPM O SUPERIOR | | 1. ALARMAS AUDIBLES PROGRAMABLES. | | 1. BATERÍA(S) RECARGABLE CON AUTONOMÍA DE 5 HORAS O SUPERIOR(ESPECIFICAR). | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y BATERÍA RECARGABLE, DEBE INCLUIR CARGADOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SENSOR DE OXIMETRÍA REUTILIZABLE PEDIÁTRICO. * 1 CARGADOR DE BATERIAS. * 1 ESTUCHE. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°13: BALANZA CON TALLIMETRO DIGITAL**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª13: BALANZA CON TALLIMETRO DIGITAL** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DONDE SE MIDE LA TALLA Y PESO DE PACIENTES ADEMÁS DE OTROS FINES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **13** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. FABRICADO DE MATERIAL RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. PLATAFORMA DE PESAJE ANTIDESLIZANTE. | | 1. RUEDAS PARA SU FÁCIL TRASLADO. | | 1. PANTALLA DIGITAL LCD O SUPERIOR. | | 1. BOTONES PARA FUNCION TARA, HOLD, CAMBIO DE UNIDAD DE MEDIDA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ON/OFF. | | 1. DIVISIÓN DE 100 G O INFERIOR. | | 1. CAPACIDAD DE PESAJE HASTA 200 KG O SUPERIOR. | | 1. TALLÍMETRO PLEGABLE INTEGRADO A LA COLUMNA DEL EQUIPO. | | 1. TOPE DE CABEZA COMO GUÍA DE MEDICIÓN. | | 1. CAPAZ DE MEDIR HASTA 160 CM O SUPERIOR. | | 1. DIVISIÓN MÍNIMA DE 1 MM. | | 1. BATERÍA(S) RECARGABLE(S). | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220V – 240V/ 50HZ Y A BATERÍA RECARGABLE DEBE INCLUIR CARGADOR. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL, DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°14: ESTETOSCOPIO ADULTO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª14: ESTETOSCOPIO ADULTO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE MATERNIDAD, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, EMERGENCIA Y QUIRÓFANO DONDE SE REALIZAN DIFERENTES DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS Y EXAMINACIÓN A PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **16** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CAMPANA PARA PACIENTE ADULTO DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. | | 1. OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. OLIVAS CÓMODAS E INTERCAMBIABLES QUE PERMITEN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. | | 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 3 DIAFRAGMAS (ADULTO). * 4 OLIVAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°15: TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª15: TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **8** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. INDICADOR DE PRESIÓN EN UN RANGO DE 0 MMHG HASTA 300 MMHG O SUPERIOR. | | 1. TUBOS DE CONEXIÓN FLEXIBLES Y DURADEROS APTO PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. | | 1. PERITA DE BULBO DE MATERIAL LATEX. | | 1. VÁLVULA REGULADORA DE PRESIÓN. | | 1. CANASTILLO PARA ALMACENAJE DE ACCESORIOS. | | 1. PEDESTAL RODANTE ESTABLE DE 5 RUEDAS RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 BRAZALETE ADULTO REUTILIZABLE. * 1 BRAZALETES OBESO REUTILIZABLE. * 1 PERA DE INSUFLACIÓN. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. (CUANDO CORRESPONDA)   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°16: AMBU ADULTO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª16: AMBU ADULTO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS**  **AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **3** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MASCARILLA DE TAMAÑO ADULTO. | | 1. VÁLVULA UNIDIRECIONAL O EQUIVALENTE. | | 1. RESUCITADOR DE SILICONA DE 1600 ML O SUPERIOR. | | 1. MASCARILLA ESTERILIZABLE A 130 °C O SUPERIOR. | | 1. BOLSA RESERVORIO DE OXÍGENO DE 1500 ML O SUPERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA SILICONADA PARA OXÍGENO. * 1 MASCARILLAS DE REANIMACIÓN, EN TAMAÑOS ADULTO. * 1 CAJA DE PLÁSTICO O SIMILAR. (DESCRIBIR OFERTA DEL FABRICANTE). | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°17: AMBU NEONATAL**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª17: AMBU NEONATAL** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS DONDE SE BRINDA ATENCIÓN INMEDIATA A DIFERENTES PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **3** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MASCARILLA DE TAMAÑO NEONATAL. | | 1. VÁLVULA UNIDIRECIONAL O EQUIVALENTE. | | 1. RESUCITADOR DE SILICONA DE 300 ML O SUPERIOR. | | 1. MASCARILLA ESTERILIZABLE A 130 °C O SUPERIOR. | | 1. BOLSA RESERVORIO DE OXÍGENO DE 500 ML O SUPERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA SILICONADA PARA OXÍGENO. * 1 MASCARILLAS DE REANIMACIÓN, EN TAMAÑO PEQUEÑO. * 1 CAJA DE PLÁSTICO O SIMILAR. (DESCRIBIR OFERTA DEL FABRICANTE). | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°18: ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª18: ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN, CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS DONDE SE REALIZAN DIFERENTES DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS Y EXAMINACIÓN A PACIENTES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS**  **AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **10** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CAMPANA PARA PACIENTE PEDIÁTRICO DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. | | 1. OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. OLIVAS CÓMODAS E INTERCAMBIABLES QUE PERMITAN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. | | 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 3 DIAFRAGMAS TIPO PEDIÁTRICO. * 4 OLIVAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°19: FLUJOMETRO DE OXIGENO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª19: FLUJOMETRO DE OXIGENO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, IMAGENOLOGÍA, QUIRÓFANOS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS, LA NECESIDAD ES PARA  REGULAR Y CONTROLAR EL FLUJO DE OXÍGENO DESDE UNA FUENTE HACIA UN PACIENTE. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **80** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. DEBE CONTAR CON ESCALA VISIBLE DE 0 A 15 LITROS POR MINUTO (LPM) O SUPERIOR. | | 1. INDICADOR DE FLUJO DE ACERO INOXIDABLE O SUPERIOR. | | 1. MANDO GIRATORIO PARA SELECCIÓN ENTRE OXÍGENO DIRECTO O MEDIANTE HUMIDIFICADOR. | | 1. CONECTOR PARA HUMIDIFICADOR. | | 1. ESTRUCTURA DEL TUBO FABRICADA EN POLICARBONATO. | | 1. ESTRUCTURA DEL CUERPO DE LATÓN CROMADO O SUPERIOR. | | 1. HERMETICIDAD EN LA CONEXIÓN DEL TUBO DE O2 CON EL TANQUE EXTERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 2 ADAPTADORES TIPO OHMEDA DE ANCLAJE RÁPIDO POR FLUJOMETRO. * 1 MASCARILLAS PARA OXIGENO DESCARTABLES ADULTO POR FLUJÓMETRO. * 1 MASCARILLAS PARA OXIGENO DESCARTABLES PEDIÁTRICO POR FLUJÓMETRO. * 1 MASCARILLAS PARA OXIGENO DESCARTABLES NEONATAL POR FLUJÓMETRO. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°20: FRASCO RECOLECTOR DE 2 O MÁS LITROS**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª20: FRASCO RECOLECTOR DE 2 O MÁS LITROS** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS, IMAGENOLOGÍA, QUIRÓFANOS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, LA NECESIDAD ES PARA RECOLECTAR FLUIDOS CORPORALES DE DIFERENTES DENSIDADES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **80** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. FRASCO CON ESCALA VISIBLE PARA ASPIRACIÓN DE 2 LITROS O SUPERIOR. | | 1. FRASCO REUSABLE FABRICADO EN POLICARBONATO O ACRÍLICO. | | 1. CON TAPA DE MATERIAL RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (ESPECIFICAR). | | 1. CON SELLO DE SILICONA HERMÉTICO Y VÁLVULA DE ANTIDESBORDAMIENTO. | | 1. CON SOPORTE DE PARED ESTABLE. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA SILICONADA. * 1 CANULA DE SUCCIÓN. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLELOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FABRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°21: ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA ADULTO / PEDIÁTRICO**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª21: ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA ADULTO / PEDIÁTRICO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTAR DESTINADO A LAS ÁREAS DE SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, QUIRÓFANOS Y MATERNIDAD, LA NECESIDAD ES PARA ESCUCHAR LOS SONIDOS INTERNOS DEL CUERPO HUMANO EN PACIENTES ADULTOS/PEDIÁTRICOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **9** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON DOBLE CAMPANA DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. CON MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. | | 1. CON OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. CON OLIVAS INTERCAMBIABLES, CÓMODAS QUE PERMITAN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. | | 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 2 DIAFRAGMAS TIPO ADULTO. * 2 DIAFRAGMAS TIPO PEDIÁTRICO. * 4 OLIVAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°22: ESTETOSCOPIO NEONATAL**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª22: ESTETOSCOPIO NEONATAL** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTARÁ DESTINADO AL ÁREA DE NEONATOLOGÍA, LA NECESIDAD ES PARA ESCUCHAR LOS SONIDOS INTERNOS DEL CUERPO HUMANO (CORAZÓN Y PULMONES) EN PACIENTES NEONATALES. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **3** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON CAMPANA PARA PACIENTE NEONATAL DE ACERO INOXIDABLE RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | | 1. CON MANGUERA DE MATERIAL FLEXIBLE Y DURADERO SIN LATEX. | | 1. CON OJIVAS (TUBOS AUDITIVOS) DE MATERIAL METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSION. | | 1. CON OLIVAS CÓMODAS E INTERCAMBIABLES QUE PERMITAN LA EXCLUSIÓN DE SONIDO DEL AMBIENTE EXTERNO. | | 1. LONGITUD APROXIMADA ENTRE 60 CM O SUPERIOR. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 3 DIAFRAGMAS TIPO NEONATAL. * 4 OLIVAS. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°23: TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE (ADULTO / PEDIÁTRICO)**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª23: TENSIOMETRO ANEROIDE RODANTE (ADULTO / PEDIÁTRICO)** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTAR DESTINADO A LAS ÁREAS DE INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA, LA NECESIDAD ES PARA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ADULTOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **5** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. INDICADOR DE PRESIÓN EN UN RANGO DE 0 MMHG HASTA 300 MMHG O SUPERIOR. | | 1. TUBOS DE CONEXIÓN FLEXIBLES Y DURADEROS APTO PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. | | 1. PERITA DE BULBO DE MATERIAL LATEX. | | 1. VÁLVULA REGULADORA DE PRESIÓN. | | 1. CANASTILLO PARA ALMACENAJE DE ACCESORIOS. | | 1. CON PEDESTAL RODANTE ESTABLE DE 5 RUEDAS RESISTENTE A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 BRAZALETES ADULTO REUTILIZABLE. * 1 BRAZALETES PEDIÁTRICO REUTILIZABLE. * 1 PERA DE INSUFLACIÓN. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°24: LAMPARA DE EXPLORACION TIPO LAPIZ**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª24: LAMPARA DE EXPLORACION TIPO LAPIZ** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, INFECCIOSOS, CONSULTA EXTERNA Y CUIDADOS INTERMEDIOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **26** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON CARCASA FABRICADA EN ALUMINIO. | | 1. ILUMINACIÓN TIPO LED. | | 1. TEMPERATURA DE 4500 K O SUPERIOR. | | 1. CON CANTIDAD DE LÚMENES DE 30000 LUX O SUPERIOR. | | 1. CAMPO DE ILUMINACIÓN: RAYO DE LUZ CENTRAL. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 4 PILAS POR EQUIPO. * 1 FUNDA POR EQUIPO. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD). (CUANDO CORRESPONDA)  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVER  Á EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°25: FRASCO HUMIDIFICADOR**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª25: FRASCO HUMIDIFICADOR** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, IMAGENOLOGIA, QUIROFANOS, MATERNIDAD, NEONATOLOGÍA, INTERNACIÓN, INFECCIOSOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2024) | | **CANTIDAD** | **80** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. ROSCA METALICA. | | 1. FRASCO HUMIDIFICADOR REUTILIZABLE FABRICADO EN POLICARBONATO. | | 1. ESCALA VISIBLE Y CON CAPACIDAD DE 200 ML. | | 1. VÁLVULA DE ALIVIO. | | 1. DEBE CONTAR CON CIERRE HERMÉTICO. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 MANGUERA CON BOLSA. * 1 MASCARILLA DE OXÍGENO. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA. **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA)   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FABRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FABRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FABRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL. EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **CINCO (5)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL BIEN O SUPERIORES A LO SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°26: MONITOR DE SIGNOS VITALES**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª26: MONITOR DE SIGNOS VITALES** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO A LAS ÁREA DE SALAS DE INTERNACIÓN INFECCIOSOS, EMERGENCIA, QUIRÓFANOS, MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA, LA NECESIDAD ES PARA LA MONITORIZACIÓN DE MÚLTIPLES PARÁMETROS FISIOLÓGICOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) | | **CANTIDAD** | **24** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MONITORIZACIÓN DE: SPO2, ECG, NIBP, TEMP, RITMO RESPIRATORIO (RR), FRECUENCIA DE PULSO (PR). | | 1. MENÚ OPERATIVO EN ESPAÑOL. | | 1. ALARMA VISUAL Y SONORA (ESPECIFICAR). | | 1. FUNCIÓN DE CÁLCULO DE DOSIS DE FÁRMACO O SU EQUIVALENTE (ESPECIFICAR). | | 1. ANÁLISIS DE ARRITMIA: 16 FORMAS DE ANÁLISIS O SUPERIOR. | | 1. MODO CONGELAR ONDA. | | 1. PUERTOS PERIFÉRICOS MÍNIMAMENTE UNA ENTRADA DE PUESTA A TIERRA, RJ45, USB O SUPERIOR. | | 1. PANTALLA TÁCTIL LCD TFT A COLOR DE 12” O SUPERIOR. | | 1. BATERÍA DE IONES DE LITIO RECARGABLE, AUTONOMÍA DE 120 MIN O SUPERIOR. | | 1. **MONITORIZACIÓN** **DEL** **ECG**  * ENTRADA: 5 DERIVACIONES * 7 FORMAS DE ONDA: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V- O SUPERIOR**.** * CON GANANCIA DE x 0,5, x 1, x 2, x 4 O SUPERIOR. * CON VELOCIDAD DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR). * RANGO DE FRECUENCIA CARDÍACA (FC): 15 A 350 BPM * CON ANÁLISIS DE DESVIACIÓN DEL SEGMENTO ST ADULTO,   PEDIÁTRICO, NEONATAL: -2.0 MV A +2.0 MV O SUPERIOR. | | 1. **MONITORIZACIÓN** **NIBP**  * TIPO DE PACIENTE: ADULTO, PEDIÁTRICO, NEONATAL. * RANGO DE MEDICIÓN:   RANGO DE SISTÓLICA: 25 A 260 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL) O SUPERIOR.*  RANGO DIÁSTOLE: 25 A 190 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL) O SUPERIOR.*  RANGO MEDIA: 20 A 140 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL) O SUPERIOR.*   * CON INTERVALO DE TIEMPO EN MODO AUTOMÁTICO AJUSTABLE HASTA 480 MIN O SUPERIOR. * RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO: 40 A 240 BPM O SUPERIOR. | | 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **TEMPERATURA**  * 1 CANAL O SUPERIOR. * RANGO DE MEDICIÓN ADULTO, PEDIÁTRICO, NEONATAL: 0 A 50 ºC * PRECISIÓN: ±0.1 ºC. | | 1. **MONITORIZACIÓN DE RITMO RESPIRATORIO (RR)**  * RANGO DE MEDICIÓN: 0 A 120 RPM O SUPERIOR. * PRECISIÓN: ±2 RPM O MENOR. * RETRASO DE LA ALARMA DE APNEA DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR). | | 1. **MONITORIZACIÓN DE SPO2**  * RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 1 A 100 %. * RANGO DE MEDICIÓN DE PULSO: 25 A 240 BPM O SUPERIOR. | | 1. **IMPRESORA**  * MATRIZ TÉRMICA DE PUNTOS O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE IMPRESIÓN AJUSTABLE DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR). | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC/50 HZ (±10%). | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 SOPORTE DE PARED ORIGINAL DE LA MARCA OFERTADA PARA CADA MONITOR. * 1 CABLE ECG DE 5 LATIGUILLOS PARA CADA MONITOR. * 50 ELECTRODOS ADULTOS / PEDIÁTRICO DESECHABLES PARA CADA MONITOR. * 50 ELECTRODOS NEONATALES DESECHABLES PARA CADA MONITOR. * 3 CABLES EXTENSORES PARA SPO2 PARA CADA MONITOR. * 1 SENSOR DE SPO2 ADULTO PARA CADA MONITOR. * 1 SENSOR DE SPO2 PEDIÁTRICO PARA CADA MONITOR. * 1 SENSOR DE SPO2 NEONATAL PARA CADA MONITOR. * 1 MANGUERAS PARA BRAZALETE PANI PARA CADA MONITOR. * 1 BRAZALETES PANI ADULTO REUTILIZABLE PARA CADA MONITOR. * 1 BRAZALETES PANI PEDIÁTRICO REUTILIZABLE PARA CADA MONITOR. * 10 BRAZALETES PANI NEONATAL DESCARTABLE PARA CADA MONITOR. * 1 SENSORES DE TEMPERATURA DE PIEL REUTILIZABLE PARA CADA MONITOR. * 5 ROLLOS DE PAPEL DE IMPRESIÓN PARA CADA MONITOR. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FABRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM Nº27: MÁQUINA DE ANESTESIA CON MONITOR DE SIGNOS VITALES**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nº27: MÁQUINA DE ANESTESIA CON MONITOR DE SIGNOS VITALES** | |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN ESTAR DESTINADO AL ÁREA DE QUIRÓFANO, LA NECESIDAD ES PARA SUMINISTRAR GASES ANESTÉSICOS DE MANERA SEGURA Y CONFIABLE A PACIENTES. | | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) | | | **CANTIDAD** | **3** | | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. CON PANTALLA TFT A COLOR TÁCTIL DE 10 PULGADAS O SUPERIOR PARA MONITORIZAR LA VENTILACIÓN, VISUALIZAR Y CONTROLAR EL EQUIPO. | | | 1. ROTÁMETRO PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO AUXILIAR, FLUJÓMETROS ELECTRÓNICOS PARA: O₂, AIRE/N2O. | | | 1. CONTROL DE FLUJO. | | | 1. DEBE INCLUIR UN VAPORIZADOR PARA SEVOFLURANO E ISOFLURANO. | | | 1. DOS TOMAS DE CONEXIÓN AUXILIAR TIPO YOKE PARA CILINDROS DE GAS DE RESERVA EN CASOS DE EMERGENCIA: N2O Y O2 O SUPERIOR. | | | 1. CONTAR CON VÁLVULA LIMITADORA DE PRESIÓN, AJUSTABLE POR EL USUARIO DE 0 A 70 CMH2O O SUPERIOR. | | | 1. PERMITIR LA MONITORIZACIÓN DE GASES ANESTÉSICOS, PARA LA MONITORIZACIÓN DE CO2 Y CUALQUIER AGENTE ANESTÉSICO EN USO (ESPECIFICAR). | | | 1. **CARACTERÍSTICAS DEL VENTILADOR**   EL VENTILADOR DEL EQUIPO DEBE CONTAR MÍNIMAMENTE CON LOS SIGUIENTES MODOS VENTILATORIOS:   * VENTILACIÓN CONTROLADA POR VOLUMEN. * VENTILACIÓN CONTROLADA POR PRESIÓN, CON FUNCIÓN QUE PERMITE VOLUMEN GARANTIZADO. * VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA CONTROLADA POR PRESIÓN O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA CONTROLADA POR VOLUMEN O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA POR PRESIÓN O EQUIVALENTE. * CON SOPORTE DE PRESIÓN O EQUIVALENTE. * VENTILACIÓN MANUAL / ESPONTÁNEA. | | | 1. **PARÁMETROS DE VENTILACIÓN**  * VOLUMEN CORRIENTE: 20 A 1500 ML O SUPERIOR. * CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO: DE 21 A 100%. * TASA DE RESPIRACIÓN POR MINUTO: 4 A 100 RPM O SUPERIOR. * PEEP: OFF, 3 A 30 CMH2O O SUPERIOR. * RELACIÓN I: E: 4:1 ~ 1:8 O MEJOR. * PRESIÓN INSPIRATORIA: 5 A 70 CMH2O. * PRESIÓN LÍMITE: 15 A 70 CMH2O O SUPERIOR. * PRESIÓN DE SOPORTE: 5 A 50 CMH2O O SUPERIOR. * TIEMPO INSPIRATORIO: 0.2 A 5.0 SEGUNDOS O SUPERIOR. * ACCIONADOR DE FLUJO (TRIGGER): 1 A 15 L/MIN O SUPERIOR. | | | 1. **MONITOREO EN PANTALLA DE LA MÁQUINA DE ANESTESIA**   LA PANTALLA DE LA MÁQUINA DEBE PERMITIR REALIZAR LA MONITORIZACIÓN DE LO SIGUIENTE:   * VOLUMEN MINUTO O EQUIVALENTE. * OXÍGENO INSPIRADO (FIO2). * TASA RESPIRACIONES POR MINUTO O EQUIVALENTE. * PEEP, PICO (PEAK), MEDIA (MEAN) Y PLATEAU (PLAT) O SUS EQUIVALENTES. * VISUALIZACIÓN DE ONDAS GRÁFICAS: PRESIÓN, FLUJO Y VOLUMEN O SUPERIOR. * VISUALIZACIÓN DE BUCLES DE ESPIROMETRÍA: PRESIÓN-VOLUMEN, FLUJO - VOLUMEN O SUPERIOR. | | | 1. **ESTRUCTURA FÍSICA DE LA MÁQUINA**  * SUPERFICIE DE TRABAJO FIJA EN EL EQUIPO (TIPO MESA). * DOS O MÁS CAJONES EN LA ESTRUCTURA DEL MUEBLE. * CUATRO RUEDAS, AL MENOS 2 CON FRENO O SUPERIOR. * REGLETA POSTERIOR, CON TOMACORRIENTES AUXILIARES (ESPECIFICAR). | | | BATERÍA INTERNA CON AUTONOMÍA DE FUNCIONAMIENTO DE 90 MINUTOS O SUPERIOR. | | | 1. **CARACTERÍSTICAS DEL MONITOR** **MULTIPARAMÉTRICO**   MONITORIZACIÓN DE: SPO2, ECG, NIBP, TEMP, RITMO RESPIRATORIO (RR), FRECUENCIA DE PULSO (PR) O SUPERIOR. | | | 1. MENÚ OPERATIVO EN ESPAÑOL. | | | 1. ALARMA VISUAL Y SONORA (ESPECIFICAR). | | | 1. FUNCIÓN DE CÁLCULO DE DOSIS DE FÁRMACO O SU EQUIVALENTE (ESPECIFICAR). | | | 1. ANÁLISIS DE ARRITMIA: 16 FORMAS DE ANÁLISIS O SUPERIOR. | | | 1. MODO CONGELAR ONDA. | | | 1. PUERTOS PERIFÉRICOS MÍNIMAMENTE RJ45, USB O SUPERIOR. | | | 1. PANTALLA TÁCTIL LCD TFT A COLOR DE 15” O SUPERIOR. | | | 1. BATERÍA DE IONES DE LITIO RECARGABLE CON AUTONOMÍA DE 240 MIN O SUPERIOR | | | 1. **MONITORIZACIÓN DEL ECG**  * ENTRADA: 5 DERIVACIONES * 7 FORMAS DE ONDA: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V- O SUPERIOR * GANANCIA DE x 0.5, x 1, x 2, x 4 O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE ACUERDO A FABRICANTE(ESPECIFICAR). * FRECUENCIA CARDÍACA (FC): 30 A 300 BPM * ANÁLISIS DE DESVIACIÓN DEL SEGMENTO ST ADULTO, PEDIÁTRICO -2.0 MV A +2.0 MV. | | | | 1. **MONITORIZACIÓN** **NIBP**  * TIPO DE PACIENTE: ADULTO, PEDIÁTRICO. * RANGO DE MEDICIÓN:   SISTÓLICA: 25 A 260 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  DIÁSTOLICA: 25 A 190 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  MEDIA: 15 A 200 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*   * INTERVALO DE TIEMPO EN MODO AUTOMÁTICO AJUSTABLE HASTA 480 MIN O SUPERIOR. * RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO: 40 A 240 BPM O SUPERIOR | | | 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **TEMPERATURA**  * 1 CANAL O SUPERIOR * MEDICIÓN ADULTO, PEDIÁTRICO: 0 A 50 ºC * PRECISIÓN: ±0.1 ºC | | | 1. **MONITORIZACIÓN DE RITMO RESPIRATORIO (RR)**  * MEDICIÓN: 0 A 120 RPM O SUPERIOR. * PRECISIÓN: ±3 RPM O INFERIOR. * RETRASO DE LA ALARMA DE APNEA DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | | | 1. **MONITORIZACIÓN DE SPO2**  * MEDICIÓN DE SPO2: 0 A 100 % * MEDICIÓN DE PULSO: 30 A 250 BPM O SUPERIOR | | | 1. **IMPRESORA**  * MATRIZ TÉRMICA DE PUNTOS O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE IMPRESIÓN AJUSTABLE DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. | | | **CONSUMIBLES O REPUESTOS MAQUINA DE ANESTESIA** | * 5 CIRCUITOS RESPIRATORIO PARA ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 CIRCUITOS RESPIRATORIO PARA PEDIATRÍA REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 UNIDADES DE FILTRO PARA ABSORBEDOR DESECHABLE POR EQUIPO. * 5 UNIDADES DE MASCARILLAS PARA PACIENTE ADULTO DESECHABLE POR EQUIPO. | | | **CONSUMIBLES O REPUESTOS MONITOR DE SIGNOS VITALES** | * 1 SENSOR DE TEMPERATURA SUPERFICIAL POR EQUIPO. * 1 CABLES DE ECG DE 5 LATIGUILLOS POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS ADULTOS / PEDIÁTRICO DESCARTABLES POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS NEONATALES DESCARTABLES POR EQUIPO. * 1 CABLES EXTENSOR DE SPO2 POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 NEONATAL REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 MANGUERAS PARA PANI REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 10 BRAZALETES PANI NEONATAL DESCARTABLE POR EQUIPO. * 5 ROLLOS DE PAPEL DE IMPRESIÓN POR EQUIPO. | | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°28: SELLADORA DE BOLSAS**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª28: SELLADORA DE BOLSAS** | |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL BIEN SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, LA NECESIDAD ES EL SELLADO DE BOLSAS PARA LA PREPARACIÓN DE MATERIAL A ESTERILIZAR. | | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) | | | **CANTIDAD** | **2** | | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. SELLADOR DE CALOR ROTATORIO O SUPERIOR. | | | 1. ESTRUCTURA FABRICADA DE ACERO INOXIDABLE. | | | 1. SELLO RIBETEADO O PLANO O SUPERIOR. | | | 1. INDICACIÓN DIGITAL DE LA TEMPERATURA DE 50 A 199 °C O SUPERIOR. | | | 1. INICIO DE TRANSPORTE AUTOMÁTICO O SUPERIOR. | | | 1. CONTADOR DE PRODUCCIÓN DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | | | 1. POSIBILIDAD DE CONEXIÓN A PC. | | | 1. IMPRESORA INCORPORADA. | | | 1. POSIBILIDAD DE IMPRIMIR ETIQUETAS. | | | 1. DESCRIPCIÓN DE ETIQUETAS PROGRAMABLES. | | | 1. VELOCIDAD DE RECORRIDO DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC (±10%) / 50 HZ. | | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 10 ROLLOS DE BOLSAS DE DOS (2) DIFERENTES TAMAÑOS. * 10 PAQUETES DE PAPEL PARA IMPRESIÓN DE ETIQUETAS. | | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 Y/O ISO 11607 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO Y/O REGISTRO SANITARIO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UN CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**FORMULARIO C-1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**ÍTEM N°29: MONITOR DE SIGNOS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS**

| **Para ser llenado por la entidad convocante**  ***(Llenar las Especificaciones Técnicas de manera previa a la publicación del DBCD)*** | | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta** |
| --- | --- | --- |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta (\*) |
|
| 1 | **ÍTEM Nª29: MONITOR DE SIGNOS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS** | |
|  | |  |  | | --- | --- | | **DESCRIPCIÓN GENERAL** | EL SERÁ DESTINADO AL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO, LA NECESIDAD ES PARA LA MONITORIZACIÓN DE MÚLTIPLES PARÁMETROS FISIOLÓGICOS. | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO (AISEM)** | | | **MARCA** | ESPECIFICAR | | **MODELO** | ESPECIFICAR | | **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR | | **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2023 O SUPERIOR) | | **CANTIDAD** | **2** | | **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | 1. MONITORIZACIÓN DE: SPO2, ECG, NIBP, TEMP, RITMO RESPIRATORIO (RR), FRECUENCIA DE PULSO (PR), CO2, IBP O SUPERIOR. | | 1. MENÚ OPERATIVO EN ESPAÑOL. | | 1. ALARMA VISUAL Y SONORA (ESPECIFICAR). | | 1. FUNCIÓN DE CÁLCULO DE DOSIS DE FÁRMACO O SU EQUIVALENTE (ESPECIFICAR). | | 1. ANÁLISIS DE ARRITMIA: 16 FORMAS DE ANÁLISIS O SUPERIOR. | | 1. MODO CONGELAR ONDA. | | 1. PUERTOS PERIFÉRICOS MÍNIMAMENTE UNA ENTRADA DE PUESTA A TIERRA, RJ45, USB O SUPERIOR. | | 1. PANTALLA TÁCTIL LCD TFT A COLOR DE 15” O SUPERIOR. | | 1. BATERÍA DE ION LITIO RECARGABLE AUTONOMÍA DE 240 MIN O SUPERIOR | | 1. **MONITORIZACIÓN DEL** **ECG**  * ENTRADA: 5 DERIVACIONES * 7 FORMAS DE ONDA: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V- O SUPERIOR * GANANCIA DE x 0.5, x 1, x 2, x 4 O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE ACUERDO A FABRICANTE(ESPECIFICAR). * RANGO DE FRECUENCIA CARDÍACA (FC): 30 A 300 BPM * ANÁLISIS DE DESVIACIÓN DEL SEGMENTO ST ADULTO, PEDIÁTRICO -2.0 MV A +2.0 MV. | | 1. **MONITORIZACIÓN** **NIBP**  * TIPO DE PACIENTE: ADULTO, PEDIÁTRICO. * RANGO DE MEDICIÓN:   RANGO DE SISTÓLICA: 25 A 270 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  RANGO DIÁSTOLICA: 25 A 220 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*  RANGO MEDIA: 15 A 235 MMHG *(ADULTO, PEDIÁTRICO) O SUPERIOR.*   * INTERVALO DE TIEMPO EN MODO AUTOMÁTICO AJUSTABLE HASTA 720 MIN O SUPERIOR. * RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO: 40 A 240 BPM O SUPERIOR | | 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **TEMPERATURA**  * 1 CANAL O SUPERIOR * RANGO DE MEDICIÓN ADULTO, PEDIÁTRICO: 0 A 50 ºC * PRECISIÓN: ±0.1 ºC | | 1. **MONITORIZACIÓN DE RITMO RESPIRATORIO (RR)** | | * RANGO DE MEDICIÓN: 0 A 150 RPM O SUPERIOR. * PRECISIÓN: ±3 RPM O INFERIOR. * RETRASO DE LA ALARMA DE APNEA DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | | 1. **MONITORIZACIÓN DE SPO2**  * RANGO DE MEDICIÓN DE SPO2: 0 A 100 % * RANGO DE MEDICIÓN DE PULSO: 30 A 250 BPM O SUPERIOR | | 1. **MONITORIZACIÓN DE LA PRESION** **INVASIVA**  * 2 CANALES O SUPERIOR * RANGO DE MEDICIÓN DE -30 A 300 MMHG O SUPERIOR. | | 1. **MONITORIZACIÓN DE LA** **CAPNOGRAFIA**  * CON CONECTOR O MÓDULO DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) * RANGO DE MEDICIÓN DE 0 A 99 MMHG O SUPERIOR * RESOLUCIÓN DE ±2 MMHG O INFERIOR. | | 1. **IMPRESORA**  * MATRIZ TÉRMICA DE PUNTOS O SUPERIOR. * VELOCIDAD DE IMPRESIÓN AJUSTABLE DE ACUERDO A FABRICANTE (ESPECIFICAR) | | **ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA** | ALTERNA 220 A 240 VAC/50 HZ (±10%) DEBE INCLUIR CABLE DE ALIMENTACIÓN TIPO SHUKO O NEMA. | | **ACCESORIOS Y CONSUMIBLES** | * 1 CARRO DE TRANSPORTE ORIGINAL DE LA MARCA OFERTADA POR EQUIPO. * 1 CABLES DE ECG DE 5 LATIGUILLOS POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS ADULTOS / PEDIÁTRICO DESECHABLES POR EQUIPO. * 50 ELECTRODOS NEONATALES DESECHABLES POR EQUIPO. * 1 CABLE EXTENSOR PARA SPO2 POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 SENSOR DE SPO2 NEONATAL REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 MANGUERAS PARA BRAZALETE PANI POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 1 BRAZALETES PANI PEDIÁTRICO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 BRAZALETES PANI NEONATAL DESCARTABLE POR EQUIPO. * 2 SENSORES DE TEMPERATURA DE PIEL ADULTO REUTILIZABLE POR EQUIPO. * 5 SET DE CAPNOGRAFÍA POR EQUIPO. * 2 CABLES DE PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA POR EQUIPO. * 10 DOMOS DE PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA (CON FECHA DE VENCIMIENTO NO MENOS DE 1 AÑO DESDE EL MOMENTO DE LA ENTREGA) POR EQUIPO. * 5 ROLLOS DE PAPEL DE IMPRESIÓN POR EQUIPO. | | **CONDICIONES COMPLEMENTARIAS DEL/DE LOS BIEN(ES)** | | | **CONDICIONES AMBIENTALES** | EL BIEN ADJUDICADO DEBERÁ SER APTO PARA FUNCIONAR EN CONDICIONES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTURA Y OTROS SEGÚN CORRESPONDA) DEL LUGAR DE ENTREGA **(ESPECIFICAR).** | | **MANUALES** | JUNTO CON EL BIEN, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR LOS SIGUIENTES **MANUALES**:     * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL DE OPERACIÓN. * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA DEL MANUAL TÉCNICO (CUANDO CORRESPONDA) * 1 ORIGINAL Y 1 COPIA, DEL MANUAL O FICHAS DE PARTES Y ACCESORIOS (CUANDO CORRESPONDA).   DEBERÁN ADJUNTAR TODOS LOS **MANUALES** EN MEDIO MAGNÉTICO (PENDRIVE O CD O DVD).  CUANDO LOS MANUALES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES EN IDIOMA ESPAÑOL, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ ENTREGAR UN EJEMPLAR TRADUCIDO EN DICHO IDIOMA  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CERTIFICACIONES** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁN PRESENTAR ADJUNTO A SU PROPUESTA EN FOTOCOPIA SIMPLE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:   * CERTIFICACIONES INTERNACIONALES VIGENTES FDA (FOOD AND DRUG ADMINSTRATION) Y/O CE (CONFORMIDAD EUROPEA) DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN ISO 13485 Y/O ISO 9001 VIGENTE DEL FABRICANTE DEL BIEN OFERTADO. * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL PROVEEDOR.   EL PROVEEDOR, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:   * CERTIFICACIÓN EMITIDA POR AGEMED VIGENTE DEL BIEN OFERTADO (ORIGINAL).   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA:   * EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL BIEN ESTABLECIDO POR EL MANUAL TÉCNICO DEL FABRICANTE DENTRO DEL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, CONTEMPLANDO LOS GASTOS DE MANO DE OBRA Y ELEMENTOS NECESARIOS (REPUESTOS, CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS, ETC.) CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO, PARA ESTE EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ ADJUNTAR **CARTA DE COMPROMISO** EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. * EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LA ENTREGA DEL BIEN, UNA PROPUESTA DE CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO PROTOCOLO QUE GARANTICE LA VIDA ÚTIL DEL BIEN DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA, EL CUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ SE REALICE PRIMERA CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL BIEN. * EL PROVEEDOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS REPORTES DE MANTENIMIENTO AL HOSPITAL DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN.   **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **SOPORTE TÉCNICO** | EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR EL SOPORTE TÉCNICO AL BIEN, PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA UNA **CARTA DE COMPROMISO** QUE CONTEMPLE LO SIGUIENTE:   * **PERSONAL**: SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PROPUESTA AL MENOS UNO CURRICULUM VITAE DE LOS INGENIEROS Y/O TÉCNICO PARA EL SOPORTE TÉCNICO CON EXPERIENCIA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO. * **TIEMPO DE RESPUESTA**: PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EL PROVEEDOR DEBERÁ BRINDAR SOPORTE TÉCNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SERÁ NOTIFICADO A TRAVÉS DE LLAMADA TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO, PARA EL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EN LA MENCIONADA CARTA, LOS DATOS DE CONTACTO. LA RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ SER EFECTUADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DEBIENDO EMITIR UN INFORME TÉCNICO QUE SERÁ REMITIDO AL RESPONSABLE DEL BIEN Y AL HOSPITAL, DEBIENDO SOLUCIONAR Y RESTABLECER LA OPERATIVIDAD EN UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.   EL PROVEEDOR, EN CASO DE QUE EL BIEN PRESENTE FALLAS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA:   * DEBERÁ DAR CONTINUIDAD AL SERVICIO MEDIANTE EL REEMPLAZO TEMPORAL DEL BIEN O LA COMPRA DE SERVICIOS. ESTA ACCIÓN, NO DEBERÁ EXCEDER LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO. PASADO EL PERIODO MENCIONADO, EL PROVEEDOR ESTÁ EN LA OBLIGACIÓN DE SUSTITUIR EL BIEN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS O SUPERIORES. * Y ESTAS SEAN CONTINUAS EN COMPONENTES TRASCENDENTALES (AL MENOS 2 REITERATIVAS) DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA DE FÁBRICA, EL BIEN SERÁ SUSTITUIDO EN SU TOTALIDAD POR OTRO NUEVO, LAS VECES QUE SEA NECESARIO   LOS COSTOS EMERGENTES DE LAS SITUACIONES DESCRITAS SERÁN CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR, EN EL MISMO PLAZO DE ENTREGA ADJUDICADO. ASIMISMO, SE ACLARA QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA SE ACTUALIZARÁ LA GARANTÍA DE FÁBRICA A LA FECHA ACTUAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **REPUESTOS Y ACCESORIOS** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA, POR EL LAPSO DE CINCO (5) AÑOS O MÁS. LA PROVISIÓN DE LOS REPUESTOS, ACCESORIOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS REALIZADA LA SOLICITUD POR EL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **INSUMOS Y CONSUMIBLES** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ SUMINISTRAR INSUMOS Y CONSUMIBLES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL BIEN UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA. LA PROVISIÓN DE LOS INSUMOS, DEBE REALIZARSE EN UN PLAZO MENOR O IGUAL A CINCO (5) DÍAS CALENDARIO, DESPUÉS DE REALIZADA LA SOLICITUD DEL HOSPITAL EN CUYO EFECTO COMO CONSTANCIA DEBERÁ PRESENTAR UNA **CARTA DE COMPROMISO** DIRIGIDA A LA ENTIDAD CONVOCANTE, EN EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **CAPACITACIÓN** | A REQUERIMIENTO DE LA AISEM Y/O DEL HOSPITAL DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA DE FÁBRICA DEL BIEN O LAS VECES QUE SEA NECESARIO, EL **PROVEEDOR** DEBERÁ REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:   * OPERATIVA Y/O MANEJO, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO/OPERATIVIDAD DEL BIEN A LOS OPERADORES DEL HOSPITAL, DEBE INCLUIR LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL. * TÉCNICA, DEBE INCLUIR LA CAPACITACIÓN DE MANEJO DEL BIEN, MANTENIMIENTOS, CORRECCIÓN DE FALLAS, AL PERSONAL TÉCNICO DEL HOSPITAL, INCLUYE LA CERTIFICACIÓN EN FÍSICO PARA EL PERSONAL CAPACITADO.   LAS CAPACITACIONES DEBERÁN ESTAR A CARGO DE ESPECIALISTA CALIFICADO Y CERTIFICADO POR FÁBRICA.  PARA TAL EFECTO, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN DEBERÁ PRESENTAR DE FORMA OBLIGATORIA UNA **CARTA DE COMPROMISO** DE CAPACITACIÓN DEL BIEN CONTEMPLANDO LO SEÑALADO.  TODOS LOS GASTOS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN SERÁN ASUMIDOS POR EL **PROVEEDOR.**  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR** | AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL BIEN NUEVO SIN REACONDICIONAMIENTO, VERIFICABLE A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE IMPORTACIÓN (COPIA SIMPLE A COLOR), CASO CONTRARIO SERÁN RECHAZADOS; CONTEMPLANDO UN PLAZO DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.  ASIMISMO, EL PROVEEDOR SERÁ RESPONSABLE POR EL TRANSPORTE, EMBALAJE Y SEGURIDAD DEL BIEN HASTA EL LUGAR DE ENTREGA, CORRIENDO POR CUENTA PROPIA LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA.  EN LA RECEPCIÓN DEL BIEN SE VERIFICARÁ EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO CON LAS HERRAMIENTAS, INSUMOS Y ACCESORIOS QUE SE REQUIERAN. TODOS LOS GASTOS CORRERÁN POR PARTE DEL PROVEEDOR. EL PERSONAL QUE REALICE LA ENTREGA POR PARTE DE LA EMPRESA TENDRÁ UN PERFIL PROFESIONAL EN EQUIPAMIENTO MÉDICO CAPAZ DE RESOLVER CUALQUIER INCONVENIENTE.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA TÉCNICA** | EL PROVEEDOR, DEBERÁ PROPORCIONAR EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN LAS GARANTÍAS DE FÁBRICA Y DEL PROVEEDOR DEL BIEN, QUE CONTEMPLE UNA COBERTURA POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, REPARACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN DEL BIEN, PARTES, PIEZAS QUE RESULTEN CON FALLAS Y/O DEFECTOS DE FÁBRICA, VICIOS OCULTOS, DESGASTES PREMATUROS, MALA INSTALACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL SERVICIO TÉCNICO, POR UN PERIODO DE **DOS (2) AÑOS** A PARTIR DE LA PUESTA EN MARCHA Y REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | | | **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | EL **PROPONENTE**, DEBERÁ ACREDITAR EXPERIENCIA DE HABER EFECTUADO MÍNIMAMENTE **TRES (3)** VENTAS EN EQUIPAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL ÍTEM SOLICITADO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y/O PRIVADO, EN LOS ÚLTIMOS **TRES** **(3)** AÑOS.  COMO DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A PRESENTAR ADJUNTO A LA PROPUESTA SE CONSIDERAN: ACTA DE RECEPCIÓN O INFORME DE CONFORMIDAD CON SU RESPECTIVO FORMULARIO 500 DE SICOES O CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA, EN CASO DEL SISTEMA DE SALUD PRIVADO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO. | | **CONDICIONES PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | | | **FORMA DE ADJUDICACIÓN** | POR ÍTEMS | | **MÉTODO DE SELECCIÓN DE ADJUDICACIÓN** | PRECIO EVALUADO MÁS BAJO | | **MODALIDAD** | CONTRATACIÓN DIRECTA | | **LUGAR DE ENTREGA** | LA ENTREGA DEL TOTAL DEL BIEN SE EFECTUARÁ EN INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CARMEN LÓPEZ, MUNICIPIO DE AIQUILE, DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA, DIRECCIÓN ZONA EL KJOCHI / AV FINAL TERÁN. | | **PLAZO DE ENTREGA** | EL PLAZO DE ENTREGA NO DEBE EXCEDER LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.  LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL IGUAL QUE LA GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DEBE SER ENTREGADA EL DÍA DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIEN IMPOSTERGABLEMENTE A LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN.  LA INSTALACIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SERÁ REALIZADO EN EL AMBIENTE DESIGNADO POR EL HOSPITAL DENTRO DEL PLAZO DE ENTREGA, DEBIENDO EL PROVEEDOR DOTAR DE TODOS LOS INSUMOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍAS REQUERIDAS** | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA**  EL **PROPONENTE** DEBERÁ PRESENTAR PÓLIZA DE SEGURO DE CAUCIÓN A PRIMER REQUERIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL UNO POR CIENTO (1%) DEL PRECIO REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA. LA VIGENCIA DE ESTA GARANTÍA DEBERÁ EXCEDER EN TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, AL PLAZO DE VALIDEZ DE LA PROPUESTA ESTABLECIDA EN EL DBCD.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**  EL **PROPONENTE** **ADJUDICADO** DEBERÁ PRESENTAR PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN BOLETA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, DEBIENDO SER EMITIDA POR EL SIETE POR CIENTO (7%) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ COMPUTABLE A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO HASTA LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL BIEN.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**  EL **PROVEEDOR** DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE RENOVABLE, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN INMEDIATA A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO, A OBJETO GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA Y/O EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO. ESTA GARANTÍA DEBERÁ SER EMITIDA POR EL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1.5%), DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DEBERÁ SER POR DOS (2) AÑOS, COMPUTABLE A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN.  LA ENTIDAD CONVOCANTE PODRÁ SOLICITAR A REQUERIMIENTO LA AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARÍA Y/O EQUIPO.  EL IMPORTE DE ESTA GARANTÍA PUEDA SER EFECTIVIZADA EN FAVOR DE LA ENTIDAD EN CASO DE QUE EL BIEN ADQUIRIDO, NO PRESENTE BUEN FUNCIONAMIENTO Y/O EL PROVEEDOR NO HUBIESE EFECTUADO EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE COBERTURA DE LA GARANTÍA.  ESTA GARANTÍA, SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PRESENTANDO REPORTES DE MANTENIMIENTOS, ACTAS DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL Y OTROS A SOLICITUD DE LA ENTIDAD  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **MULTAS** | LA **ENTIDAD** APLICARÁ AL **PROVEEDOR** UNA MULTA POR CADA DÍA CALENDARIO DE ATRASO AL PLAZO DE ENTREGA DEL **8 POR 1.000**, EN RELACIÓN AL MONTO DEL BIEN ENTREGADO CON RETRASO.  CUANDO EL MONTO DE LA MULTA ALCANCE EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO TOTAL DEL ÍTEM CON MORA, SE RESOLVERÁ EL CONTRATO DE MANERA PARCIAL.  **(MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | | **FORMA DE PAGO** | EL O LOS PAGOS SE PODRÁN REALIZAR POR ÍTEM, VÍA SIGEP, POSTERIOR A LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN E INFORME DE CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISIÓN DE RECEPCIÓN DIRIGIDA AL RPCD, PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO Y FACTURA CORRESPONDIENTE A NOMBRE DE LA AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO - AISEM CON NÚMERO DE NIT: 344870021.  **MANIFESTAR ACEPTACIÓN)** | |  |
|  |  |  |

*(\*) El proponente podrá ofertar características superiores a las solicitadas en el presente formulario, que mejoren la calidad del bien o bienes ofertados, siempre que estas características fuesen beneficiosas para la entidad y/o no afecten para el fin que fue requerido los bienes.*

**ANEXO 4**

**FORMULARIOS DE VERIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE PROPUESTAS**

Formulario V-1 Evaluación Preliminar

Formulario V-2 Evaluación de la Propuesta Técnica

Formulario V-3 Resumen de la Evaluación Técnica y Económica

***Nota:*** *Estos Formularios son de apoyo, no siendo de uso obligatorio.*

**FORMULARIO V-1**

**EVALUACIÓN PRELIMINAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES DEL PROCESO** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Objeto de la contratación:** |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Nombre del Proponente:** |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Propuesta Económica:** |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Número de Páginas de la Propuesta:** |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| **REQUISITOS EVALUADOS** | | **Verificación**  **(Acto de Apertura)** | | | | **Evaluación Preliminar**  **(Sesión Reservada)** | | |
| **PRESENTÓ** | | **Página N°** | |
| **SI** | **NO** | **CONTINUA** | **DESCALIFICA** | |
| **DOCUMENTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS** | |  | | | | | | |
| 1. **FORMULARIO A-1** Presentación de Propuesta. | |  |  |  | |  |  | |
| 1. **FORMULARIO A-2a** Identificación del proponente | |  |  |  | |  |  | |
| **En el caso de Asociaciones Accidentales:**  **FORMULARIO A-2b** Identificación del Proponente para Asociaciones Accidentales | |  |  |  | |  |  | |
| **FORMULARIO A-2c** Identificación de Integrantes de la Asociación Accidental. | |  |  |  | |  |  | |
| 1. **Garantía de Seriedad de Propuesta** | |  |  |  | |  |  | |
| **PROPUESTA TÉCNICA** | |  | | | | | | |
| 1. **FORMULARIO C-1.** Especificaciones Técnicas. | |  |  |  | |  |  | |
| 1. **FORMULARIO C-2. Condiciones Adicionales (cuando corresponda)** | |  |  |  | |  |  | |
| **PROPUESTA ECONÓMICA** | |  | | | | | | |
| 1. **FORMULARIO B-1. Propuesta Económica** | |  |  |  | |  |  | |

**FORMULARIO Nº V-2**

**EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

(Formato para Adjudicación por ítems)

(En caso que la contratación se efectué por ítems, se deberá repetir el cuadro para cada ítem)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PROCESO** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| **Objeto de la Contratación** | | **:** |  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | |  |
| **ÍTEM** | | **:** |  |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DEL PROPONENTE** | **VALOR LEIDO DE LA PROPUESTA** | **MONTO AJUSTADO POR REVISIÓN ARITMÉTICA** | **PRECIO AJUSTADO** | **ORDEN DE PRELACIÓN** |
| **pp** | **MAPRA (\*)** |  | **N°** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| N |  |  |  |  |  |

(\*) En caso de no evidenciarse errores aritméticos el monto leído de la propuesta (pp) debe trasladarse a la casilla monto ajustado por revisión aritmética (MAPRA)

**FORMULARIO Nº V-2**

**EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

(Formato para Adjudicación por Lotes o total)

(En caso que la contratación se efectué por lotes, se deberá repetir el cuadro para cada lote)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PROCESO** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| **Objeto de la Contratación** | | **:** |  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | |  |
| **Proponente** | | **:** |  |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM** | **VALOR LEIDO DE LA PROPUESTA** | **MONTO AJUSTADO POR REVISIÓN ARITMÉTICA** | **PRECIO AJUSTADO** | **ORDEN DE PRELACIÓN** |
| **pp** | **MAPRA (\*)** |  | **N°** |
| 1 |  |  |  | PA1 |  |
| 2 |  |  |  | PA2 |  |
| 3 |  |  |  | PA3 |  |
| … |  |  |  | … |  |
| n |  |  |  | PAn |  |
| **TOTAL PROPUESTA Bs.** | |  | **TOTAL PRECIO AJUSTADO (TPA) Bs.** | **(PA1+PA2+P3…..+PAn)** |  |

(\*) En caso de no evidenciarse errores aritméticos el monto leído de la propuesta (pp) debe trasladarse a la casilla monto ajustado por revisión aritmética (MAPRA)

**FORMULARIO V-3**

**EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**  **Formulario C-1**  **(Llenado por la Entidad)** | **PROPONENTES** | | | | | | | |
| **PROPONENTE A** | | **PROPONENTE B** | | **PROPONENTE C** | | **PROPONENTE n** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **METODOLOGÍA CUMPLE/NO CUMPLE** | ***(señalar si cumple o no cumple)*** | | ***(señalar si cumple o no cumple)*** | | ***(señalar si cumple o no cumple)*** | | ***(señalar si cumple o no cumple)*** | |

**ANEXO 5**

**MODELO DE CONTRATO**

**ÍNDICE DEL CONTRATO DE ADQUISICIÓN DE BIENES**

1. **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO**

PRIMERA Partes Contratantes

SEGUNDA Antecedentes Legales del Contrato

TERCERA Objeto y Causa del Contrato

CUARTA Plazo de Entrega

QUINTA Lugar de Entrega

SEXTA Monto del Contrato

SÉPTIMA Anticipo

OCTAVA Garantías

NOVENA Domicilio a Efectos de Notificación

DÉCIMA Vigencia del Contrato

DÉCIMA PRIMERA Documentos del Contrato

DÉCIMA SEGUNDA Idioma

DÉCIMA TERCERA Legislación Aplicable al Contrato

DÉCIMA CUARTA Derechos del Proveedor

DÉCIMA QUINTA Estipulaciones Sobre Impuestos

DÉCIMA SEXTA Protocolización del Contrato

DÉCIMA SÉPTIMA Subcontratos

DÉCIMA OCTAVA Intransferibilidad del Contrato

DÉCIMA NOVENA Causas de fuerza Mayor y/o Caso Fortuito

VIGÉSIMA Terminación del Contrato

VIGÉSIMA PRIMERA Solución de Controversias

1. **CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO**

VIGÉSIMA SEGUNDA Forma de Pago

VIGÉSIMA TERCERA Facturación

VIGÉSIMA CUARTA Modificación al Contrato

VIGÉSIMA QUINTA Morosidad y sus Penalidades

VIGÉSIMA SEXTA Responsabilidad y Obligaciones del Proveedor

VIGÉSIMA SÉPTIMA Seguros

VIGÉSIMA OCTAVA Suspensión Temporal de la Adquisición

VIGÉSIMA NOVENA Normas de Calidad Aplicables

TRIGÉSIMA Embalaje

TRIGÉSIMA PRIMERA Inspección y Pruebas

TRIGÉSIMA SEGUNDA Derechos de Patente

TRIGÉSIMA TERCERA Manuales de Operación, Mantenimiento y Reparación

TRIGÉSIMA CUARTA Recepción

TRIGÉSIMA QUINTA Liquidación de Contrato

TRIGÉSIMA SEXTA Conformidad

**MODELO DE CONTRATO**

***(Documento Referencial Sujeto a Ajustes)***

**SEÑOR NOTARIO DE GOBIERNO DEL DISTRITO ADMINISTRATIVO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(registrar el lugar donde será protocolizado el Contrato).***

En el registro de Escrituras Públicas que corren a su cargo, sírvase usted insertar el presente contrato de adquisición de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el tipo de bien o bienes objeto de la Adquisición)****,* sujeto a los siguientes términos y condiciones:

1. **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO**

**PRIMERA.- (PARTES CONTRATANTES)**

Dirá usted que las partes **CONTRATANTES** son: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar de forma clara y detallada el nombre de la ENTIDAD),*** con NIT Nº \_\_\_\_\_\_\_\_ ***(señalar el Número de Identificación Tributaria)***, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(señalar de forma clara el domicilio de la entidad)***, en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(señalar el distrito, provincia y departamento)*** representada legalmente por \_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre de la MAE o del servidor público a quien se delega la competencia para la suscripción del Contrato, y la Resolución correspondiente de delegación),*** encalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(señalar el cargo del Servidor Público que suscribe el contrato)*** que en adelante se denominará la **ENTIDAD** y la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(registrar la Razón Social de la empresa adjudicada)***, legalmente constituida conforme a la legislación de Bolivia, representada legalmente por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre completo y número de la cédula de identidad del propietario o representante legal habilitado para la suscripción del contrato en representación de la empresa)*** en virtud del testimonio de poder Nº\_\_\_\_\_\_\_\_***(registrar número)*** otorgado ante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el Nº de Notaria de Fe Publica en la que fue otorgado el poder si corresponde),*** el \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar la fecha, día, mes ,año si corresponde)*** *en la \_\_\_\_\_\_\_* ***(registrar el lugar donde fue otorgado el poder si corresponde)*,** que en adelante se denominara el **PROVEEDOR**, quienes celebran y suscriben el presente Contrato de Adquisición de Bienes.

**SEGUNDA.- (ANTECEDENTES LEGALES DEL CONTRATO)**

Dirá usted que la **ENTIDAD**, mediante Contratación Directa con código interno No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el número de la contratación directa),*** convocó a proponentes interesados a que presenten sus propuestas de acuerdo con las condiciones establecidas en el Documento Base de Contratación Directa (DBCD), aprobado mediante Resolución Nº \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ **(*registrar el número y fecha de la Resolución de aprobación del DBCD),*** proceso de contratación realizado en el marco del Reglamento **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(registrar el reglamento aplicable al proceso de contratación y los Decretos Supremos respectivos)***

***(Si el RPCD, en caso excepcional decide adjudicar la adquisición a un proponente que no sea el recomendado por la Comisión de Calificación, deberá adecuarse la siguiente redacción)***

Que la Comisión de Calificación de la **ENTIDAD**, luego de efectuada la apertura de propuestas presentadas, realizó el análisis y evaluación de las mismas, habiendo emitido informe de evaluación y recomendación al Responsable del Proceso de Contratación Directa (RPCD), quién resolvió adjudicar la adquisición de los bienes, mediante Resolución de Adjudicación Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el número y la fecha de la Resolución)****,* a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar la razón social del proponente adjudicado)****,* al cumplir su propuesta con todos los requisitos solicitados en el DBCD.

**TERCERA.- (OBJETO Y CAUSA DEL CONTRATO)**

El objeto del presente contrato es la adquisición de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(describir de forma detallada el tipo de bienes a ser provistos y en caso de tratarse de ítems o lotes, deberá hacerse constar que el detalle de los bienes objeto del contrato, se encuentran en documento anexo)***, que en adelante se denominarán los **BIENES**, para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(señalar la causa de la contratación)***, suministrados por el **PROVEEDOR** de conformidad con el DBCD y la Propuesta Adjudicada, con estricta y absoluta sujeción al presente Contrato.

**CUARTA. - (PLAZO DE ENTREGA)**

***(Dependiendo de la forma de entrega se debe elegir una de las siguientes opciones de párrafo para la determinación del plazo de entrega)***

***(Opción 1 en caso de BIENES con una sola entrega)***

El **PROVEEDOR** entregará los **BIENES** en estricto apego a la propuesta adjudicada, en el plazo de: ***(registrar en forma literal y numeral el Plazo de Entrega)*** días calendario.

***(Opción 2 en caso de BIENES con más de una entrega)***

El **PROVEEDOR** entregará los **BIENES** en estricto apego a la propuesta adjudicada, conforme a cronograma de entregas previsto.

Los plazos señalados en el cronograma de entregas, se computarán independientes uno del otro.

***(Opción 3 en caso de BIENES de provisión continua)***

El **PROVEEDOR** entregará los **BIENES** en estricto apego a la propuesta adjudicada*,* en el plazo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar en forma literal y numeral el Plazo de Entrega Total)*** días calendario*,*el cualse ejecutará dentro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(*registrar la periodicidad de la provisión. Por ejemplo “periodicidad diaria, semanal, quincenal, mensual u otro criterio definido por la entidad”*)**.

***(Elegir una de las siguientes opciones, de acuerdo a lo que corresponda)***

El (los) plazo (s) de entrega señalado (s) precedentemente será (n) computado (s) a partir de:

* El día siguiente del desembolso del anticipo ***(Cuando se trate de compra local con anticipo)****.*
* El día siguiente de la suscripción del contrato, ***(Cuando se trate de compra local sin anticipo).***
* La fecha establecida en la Orden de Proceder, ***(cuando se trate de bienes de provisión continua).***
* El día siguiente de la apertura de la Carta de Crédito ***(Cuando se trate de importación por el PROVEEDOR).***

El (los) plazo (s) de entrega de los **BIENES**, establecido (s) en la presente cláusula, podrá (n) ser ampliado (s) cuando:

* 1. La **ENTIDAD**, mediante el procedimiento establecido en este mismo Contrato, incremente la cantidad de los **BIENES** a ser provistos y ello repercuta en el plazo de entrega;
  2. Por otras causas previstas para la ejecución del presente contrato.

Si el último día del (los) plazo (s) de entrega fuera un día no hábil (sábado, domingo o feriado), este será trasladado al inmediato día hábil posterior.

**QUINTA. - (LUGAR DE ENTREGA)**

La entrega, pruebas de funcionamiento e instalación definitivita de los ***BIENES***, deben ser en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(describir el lugar de entrega establecido en el DBCD)***.

**SEXTA. - (MONTO DEL CONTRATO)**

El monto total propuesto y aceptado por ambas partes para la ejecución del objeto del presente contrato es de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar en forma numeral y literal el monto del contrato, en bolivianos, establecido en la Resolución de Adjudicación). (En Convocatoria Pública Internacional el monto del contrato podrá ser en moneda extranjera, dejando expresamente establecido que el pago se realizará en moneda nacional y al tipo de cambio oficial de compra establecido por el Banco Central de Bolivia en el día de la facturación)***

El precio o valor final de la adquisición, será el resultante de aplicar los precios unitarios de la propuesta adjudicada a las cantidades de **BIENES** efectiva y realmente provistas.

Queda establecido que los precios unitarios consignados en la propuesta adjudicada obligan a la provisión de **BIENES** nuevos y de primera calidad, sin excepción.

Este monto también comprende todos los costos de verificación, transporte, impuestos, aranceles, gastos de seguro de los **BIENES** a ser entregados y cualquier otro costo que pueda tener incidencia en el precio hasta su recepción de forma satisfactoria.

Es de exclusiva responsabilidad del **PROVEEDOR**, efectuar la entrega de los **BIENES** contratados por el monto establecido, ya que no se reconocerán ni procederán pagos por entregas que hiciesen exceder dicho monto.

***(En caso de no existir anticipo, la entidad deberá reemplazar el texto de la cláusula séptima indicando lo siguiente: “En el presente contrato no se otorgará anticipo.”. Dicha definición debe realizarse antes de la publicación de la convocatoria)***

**SÉPTIMA.- (ANTICIPO)**

La **ENTIDAD**, podrá otorgar un anticipo al **PROVEEDOR**, cuyo monto no deberá exceder el veinte por ciento (20%) del monto del Contrato, contra entrega de una Garantía de Correcta Inversión de Anticipo por el cien por ciento (100%) del monto entregado. El importe del anticipo será descontado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(indicar el número de pagos)*** pagos hasta cubrir el monto total del anticipo.

**OCTAVA.- (GARANTÍAS)**

**8.1. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

El **PROVEEDOR** garantiza el correcto cumplimiento y fiel ejecución del presente Contrato en todas sus partes con la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el tipo de garantía presentada)****,* Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(registrar el número de la garantía presentada)*** emitida por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre del ente emisor de la garantía)***, con vigencia hasta el\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar día, mes y año de la vigencia de la garantía),*** a la orden de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre o razón social de la ENTIDAD),***por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(registrar el monto de la garantía en forma numeral y literal),*** equivalente al siete por ciento (7%) del monto total del Contrato.

El importe de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, será pagado en favor de la **ENTIDAD** a su sólo requerimiento, sin necesidad de ningún trámite o acción judicial**.**

La devolución de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, procederá una vez se efectivice la recepción de los **BIENES** objeto de la contratación, hecho que se hará constar mediante el Acta de Recepción suscrita por la Comisión de Recepción y el **PROVEEDOR**. La devolución se efectivizará a solicitud del **PROVEEDOR,** posterior a la liquidación total del contrato, y a la presentación del certificado de Cumplimiento de Contrato

El **PROVEEDOR**, tiene la obligación de mantener actualizada la Garantía de Cumplimiento de Contrato, cuantas veces lo requiera la **ENTIDAD** por razones justificadas. La Unidad Administrativa de la **ENTIDAD** será quien llevará el control directo de vigencia de la misma bajo su responsabilidad.

***(Incluir la siguiente redacción sólo en caso de BIENES con más de una entrega)***

Al cumplimiento de cada entrega, el **PROVEEDOR** podrá solicitar a la **ENTIDAD** la sustitución de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, por una garantía equivalente al siete por ciento (7%) del saldo restante del monto del contrato; siempre y cuando la **ENTIDAD** haya realizado la recepción de los **BIENES**, en el plazo previsto de acuerdo al cronograma, no debiendo existir retraso y/o incumplimiento en las entregas previas, atribuibles al **PROVEEDOR**.

En caso de que el **PROVEEDOR** no haya solicitado la sustitución de dicha garantía y se haya efectivizado recepciones y posteriormente sobreviniese una Resolución de Contrato por causas atribuibles al **PROVEEDOR**, se ejecutará la garantía de cumplimiento de contrato.

La Comisión de Recepción deberá verificar que los **BIENES**, hayan sido entregados conforme la propuesta adjudicada, estableciendo en el Acta de Recepción que los **BIENES** han sido entregados de manera satisfactoria y dentro del plazo previsto. El **PROVEEDOR** con esta Acta de Recepción, podrá solicitar a la **ENTIDAD** la autorización de sustitución la Garantía de Cumplimiento de Contrato, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles. La **ENTIDAD** a través de la Unidad Administrativa verificará el Acta de Recepción a efectos de autorizar la sustitución de la garantía contra entrega de una nueva garantía.

***(Incluir la siguiente redacción sólo en caso de BIENES de provisión continua)***

El **PROVEEDOR** podrá solicitar a la **ENTIDAD** la sustitución de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, misma que será equivalente al siete por ciento (7%) del monto de ejecución restante de la provisión de los **BIENES** al momento de la solicitud, siempre y cuando se hayan cumplido las siguientes condiciones a la fecha de la solicitud**:**

1. Se alcance un avance en la provisión de los **BIENES** de al menos setenta por ciento (70%) del monto del contrato; ***(Por ejemplo, de establecerse un avance en la provisión de BIENES del 80%, el PROVEEDOR podrá solicitar el cambio de la Garantía de Cumplimiento de Contrato por un 7% del 20% del monto del contrato que falta por proveer, que corresponde al 1,4% del monto total del contrato)***
2. La provisión de los **BIENES** y las condiciones del contrato, hayan sido ejecutadas sin retraso o suspensión atribuible al **PROVEEDOR** de acuerdo al Cronograma de Entregas.

La Unidad Solicitante, en base a la solicitud del **PROVEEDOR,** deberá emitir informe sobre la solicitud de sustitución de la garantía un plazo no mayor a tres (3) días hábiles, en base a los registros o planillas de provisión de bienes, aceptando o rechazando la solicitud realizada por el **PROVEEDOR**. En caso de aceptar la solicitud de sustitución de la garantía, la Unidad Solicitante remitirá a la Unidad Administrativa de la **ENTIDAD** la autorización de sustitución y antecedentes a efectos de que se realice la sustitución por única vez de la garantía contra entrega de una nueva garantía.

***(En caso de convenirse el desembolso de anticipo, en la presente cláusula se deberá adicionar el siguiente texto).***

**8.2. GARANTÍA DE CORRECTA INVERSIÓN DE ANTICIPO**

El **PROVEEDOR** entregará a la **ENTIDAD** \_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el tipo de garantía presentada por el PROVEEDOR)****,* por el cien por cien (100%) del monto del anticipo solicitado por el **PROVEEDOR** que corresponde a *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***(registrar el monto en forma numeral y literal, el mismo que no podrá exceder del 20% del monto total del contrato)****,* con vigencia mínima de 90 días calendario y hasta la amortización total del anticipo, a la orden de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre o razón social de la ENTIDAD).***

La solicitud del anticipo debe realizarse en el plazo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(la entidad deberá establecer el plazo)*** días calendario computables a partir del día siguiente de la suscripción del contrato, caso contrario se dará por Anticipo no solicitado.

El **PROVEEDOR**, tiene la obligación de mantener actualizada la Garantía de Correcta Inversión de Anticipo, cuantas veces lo requiera la **ENTIDAD** por razones justificadas.

El importe de esta garantía podrá ser cobrado por la **ENTIDAD** en caso de que el **PROVEEDOR** no invierta el mismo en la provisión de los **BIENES**, dentro de los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar en forma literal y numérica, el plazo que prevea al efecto la ENTIDAD)*** díascalendario*,* computables a partir de la fecha de desembolso del anticipo*.*

Esta garantía original, podrá ser sustituida periódicamente por otra garantía, cuyo valor deberá ser la diferencia entre el monto otorgado y el monto ejecutado. Las garantías sustitutivas deberán mantener su vigencia en forma continua y hasta la amortización total del anticipo.

La **ENTIDAD** a través de la Unidad Administrativa llevará el control directo de la vigencia y validez de esta garantía, en cuanto al monto y plazo, a efectos de requerir su ampliación al **PROVEEDOR**.

***(En caso de que la entidad requiera la garantía de Funcionamiento de Maquinaria y/o Equipo, en la presente cláusula se deberá incorporar el numeral 8.3)***

**8.3. FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO**

***(Cuando el proveedor presente garantía la entidad deberá utilizar la siguiente redacción.)***

El **PROVEEDOR,** se obliga a constituir una \_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el tipo de garantía presentada por el PROVEEDOR)****,* a la orden de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre o razón social de la ENTIDAD),*** al momento de la recepción de los **BIENES** objeto del presente contrato, quegarantizará el correcto funcionamiento y/o mantenimiento de los **BIENES** objeto del presente contrato. El monto de la garantía será de \_\_\_\_\_\_\_\_ **(*La Entidad deberá registrar el monto de la garantía, que no exceda el uno y medio por ciento (1.5%)* del monto del contrato)**.

La vigencia de la garantía, será de \_\_\_\_\_\_\_\_ ***(La Entidad deberá registrar el plazo de vigencia de la garantía en literal y numeral que deberá exceder en treinta días calendario el plazo de vigencia de la garantía propia de los bienes)*** computable a partir de la Recepción de los **BIENES**.

El importe de la Garantía de Funcionamiento de Maquinaria y/o Equipo podrá ser cobrado a favor de la **ENTIDAD** en caso de que los **BIENES** adquiridos, no presenten buen funcionamiento y/o el **PROVEEDOR** no hubiese efectuado el mantenimiento preventivo dentro del plazo de dicha garantía***.***

Al momento de solicitar la devolución de la Garantía de Funcionamiento de Maquinaria y/o Equipo, una vez concluido el plazo previsto por la **ENTIDAD**, los **BIENES** objeto del presente contrato no deben presentar fallas en su funcionamiento, dicha garantía será devuelta, de acuerdo a lo establecido en el DBCD.

**NOVENA. - (DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN)**

Cualquier aviso o notificación que tengan que darse las partes suscribientes del presente contrato será enviada:

Al **PROVEEDOR**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el correo electrónico y domicilio que señale el PROVEEDOR, especificando la ciudad, zona, calle y número del inmueble donde funcionan sus oficinas).***

A la **ENTIDAD**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el correo electrónico y domicilio de la ENTIDAD, especificando la ciudad, zona, calle y número del inmueble donde funcionan sus oficinas).***

**DECIMA. - (VIGENCIA DEL CONTRATO)**

El presente Contrato, entrará en vigencia desde el día siguiente hábil de su suscripción, por ambas partes, hasta la terminación del mismo.

**DÉCIMA PRIMERA. - (DOCUMENTOS DEL CONTRATO)**

Forman parte del presente contrato los siguientes documentos:

* 1. Documento Base de Contratación Directa,
  2. Resolución de Aprobación del DBCD con aclaraciones y/o enmiendas si existiesen.
  3. Propuesta adjudicada.
  4. Resolución de Adjudicación.
  5. Acta de Concertación de Mejores Condiciones Técnicas, cuando corresponda.
  6. Certificado del RUPE.
  7. Garantía de Cumplimiento de Contrato.
  8. Garantía de Correcta Inversión de Anticipo, cuando corresponda.
  9. Documento de Constitución, cuando corresponda.
  10. Contrato de Asociación Accidental, cuando corresponda.
  11. Poder General del Representante Legal, cuando corresponda.
  12. Carta legalizada donde el **FABRICANTE** designa representante legal en Bolivia al **PROVEEDOR*,*** cuando corresponda solo para bienes que impliquen una importación expresa para la **ENTIDAD**.
  13. ***(Señalar otros documentos necesarios de acuerdo al DBCD).***

**DÉCIMA SEGUNDA.- (IDIOMA)**

El presente Contrato, toda la documentación aplicable al mismo y la que emerja de la adquisición, debe ser elaborada en idioma castellano.

En el caso de manuales de uso de los **BIENES** deberán estar traducidos al idioma castellano. En el caso de folletos informativos, deberán estar preferentemente en idioma castellano.

**DÉCIMA TERCERA.- (LEGISLACIÓN APLICABLE AL CONTRATO)**

El presente Contrato, al ser de naturaleza administrativa, se celebra exclusivamente al amparo de las siguientes disposiciones:

* 1. Constitución Política del Estado.
  2. Ley Nº 1178, de 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales.
  3. Decreto Supremo Nº 0181, de 28 de junio de 2009, de las Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios (NB-SABS) y sus modificaciones.
  4. Ley del Presupuesto General del Estado aprobado para la gestión y su reglamentación.
  5. Decreto Supremo N° 3631 del 01 de agosto de 2018.
  6. Reglamento de Contratación Directa de la entidad, vigente.
  7. Otras disposiciones relacionadas.

**DÉCIMA CUARTA.- (DERECHOS DEL** **PROVEEDOR)**

El **PROVEEDOR**, tiene derecho a plantear los reclamos que considere correctos, por cualquier omisión de la **ENTIDAD**, por falta de pago de la adquisición efectuada, o por cualquier otro aspecto consignado en el presente Contrato.

Tales reclamos deberán ser planteados por escrito y con los respaldos correspondientes, a la **ENTIDAD**, hasta diez (10) días hábiles, posteriores al suceso.

La **ENTIDAD**, dentro del lapso de cinco (5) días hábiles de recibido el reclamo, deberá emitir su respuesta de forma sustentada al **PROVEEDOR** aceptando o rechazando el reclamo. Dentro de este plazo, la **ENTIDAD** podrá solicitar las aclaraciones respectivas al **PROVEEDOR**, para sustentar su decisión.

En caso que el reclamo sea complejo la **ENTIDAD** podrá, en el plazo adicional de diez (10) días hábiles, solicitar el análisis del reclamo y la emisión de informes de recomendación a las dependencias técnica, financiera o legal, según corresponda, a objeto de dar respuesta**.**

Todo proceso de respuesta a reclamo, no deberá exceder los quince (15) días hábiles, computables desde la recepción del reclamo por la **ENTIDAD**.

La **ENTIDAD** no atenderá reclamos presentados fuera del plazo establecido en esta cláusula.

**DÉCIMA QUINTA. - (ESTIPULACIONES SOBRE IMPUESTOS).**

Correrá por cuenta del **PROVEEDOR** el pago de todos los impuestos vigentes en el país, a la fecha de presentación de la propuesta.

En caso de que posteriormente, el Estado Plurinacional de Bolivia implantara impuestos adicionales, disminuyera o incrementara los vigentes, mediante disposición legal expresa, el **PROVEEDOR** deberá acogerse a su cumplimiento desde la fecha de vigencia de dicha normativa.

**DÉCIMA SEXTA.- (PROTOCOLIZACIÓN DEL CONTRATO)**

El presente Contrato, así como sus modificaciones, será protocolizado con todas las formalidades de Ley por la **ENTIDAD** ante la notaria de Gobierno. El importe por concepto de Protocolización debe ser pagado directamente por el **PROVEEDOR**, en caso que este monto no sea cancelado por el **PROVEEDOR**, podrá ser descontado por la **ENTIDAD** a tiempo de hacer efectivo el pago correspondiente.

Esta protocolización contendrá los siguientes documentos:

* 1. Contrato (original).
  2. Documento legal de representación de la **ENTIDAD** y poder de representación legal del **PROVEEDOR,** cuando corresponda (fotocopias legalizadas).
  3. Garantía(s) (fotocopia simple).

En caso de que por cualquier circunstancia, el presente documento no fuese protocolizado, servirá a los efectos de Ley y de su cumplimiento, como documento suficiente entre las partes.

**(*En caso de que la entidad no haya definido la subcontratación, deberá reemplazar el texto de la cláusula DÉCIMA SÉPTIMA indicando lo siguiente: “El presente contrato no prevé la subcontratación.”*)**

**DÉCIMA SÉPTIMA.- (SUBCONTRATOS)**

***(Utilizar la presente redacción en caso de que el proponente adjudicado sea nacional)***

El **PROVEEDOR** según lo ofertado en su propuesta, podrá realizar las subcontrataciones del **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(establecer el porcentaje ofertado en su propuesta que no deberá exceder el 25% del monto total del contrato)*** monto total del contrato, que le permitan dar cumplimiento a la ejecución del contrato, bajo su absoluta responsabilidad y riesgo, siendo directa y exclusivamente responsable por los subcontratos suscritos, así como también por los actos y/u omisiones de los subcontratistas. Ningún subcontrato o intervención de terceras personas relevará al **PROVEEDOR** del cumplimiento de todas sus obligaciones y responsabilidades contraídas en el presente Contrato. Las subcontrataciones que realice el **PROVEEDOR** de ninguna manera incidirán en el precio ofertado y aceptado por ambas partes en el presente contrato.

***(Utilizar la redacción de los siguientes tres párrafos en caso de que el proponente adjudicado sea extranjero)***

El **PROVEEDOR** según lo ofertado en su propuesta, deberá realizar la subcontratación de empresas nacionales del **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(establecer el porcentaje ofertado en su propuesta que no deberá exceder el 25% del monto total del contrato)*** monto total del contrato, siempre y cuando éstas estén disponibles en el mercado nacional. Las subcontrataciones deberán permitir dar cumplimiento a la ejecución del contrato, bajo la absoluta responsabilidad del **PROVEEDOR** y riesgo, siendo directa y exclusivamente responsable por los subcontratos suscritos, así como también por los actos y/o omisiones de los subcontratistas. Ningún subcontrato o intervención de terceras personas relevará al **PROVEEDOR** del cumplimiento de todas sus obligaciones y responsabilidades contraídas en el presente Contrato. Las subcontrataciones que realice el **PROVEEDOR** de ninguna manera incidirán en el precio ofertado y aceptado por ambas partes en el presente contrato.

La **ENTIDAD** establecerá los mecanismos de control en relación a las subcontrataciones que el **PROVEEDOR** debe realizar. En caso de incumplimiento de las subcontrataciones propuestas, la **ENTIDAD,** aplicará una multa equivalente del cinco por ciento (5%) del monto de subcontratación no efectuada. La multa señalada precedentemente no deberá ser considerada como parte de los porcentajes establecidos para la resolución de contrato, previstas en la cláusula **VIGÉSIMA CUARTA**.

El **PROVEEDOR**, en caso de incumplimiento de la subcontratación, podrá justificar dicho incumplimiento presentando los respaldos necesarios a la **ENTIDAD** quien podrá aceptar o rechazar dichas justificaciones.

**DÉCIMA OCTAVA.- (INTRANSFERIBILIDAD DEL CONTRATO)**

El **PROVEEDOR** bajo ningún título podrá ceder o subrogar, total o parcialmente este Contrato.

En caso excepcional, emergente de causa de fuerza mayor, caso fortuito o necesidad pública, procederá la cesión o subrogación del contrato, total o parcialmente, previa aprobación de la MAE de la entidad, bajo los mismos términos y condiciones del presente contrato.

**DÉCIMA NOVENA.- (CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO)**

Con el fin de exceptuar al **PROVEEDOR** de determinadas responsabilidades por mora o por incumplimiento involuntario total o parcial del presente contrato, la **ENTIDAD** tendrá la facultad de calificar las causas de fuerza mayor y/o caso fortuito u otras causas debidamente justificadas, a fin exonerar al **PROVEEDOR** del cumplimiento del plazo de entrega o del cumplimiento total o parcial de la entrega de los **BIENES**.

Se entenderá por hechos de Fuerza Mayor, Caso Fortuito u otras causas debidamente justificas, como aquellos eventos imprevisibles o inevitables que se encuentren fuera del control y voluntad de las partes, haciendo imposible el cumplimiento de las obligaciones dentro de las condiciones inicialmente pactadas. Los hechos de Fuerza Mayor, Caso Fortuito u otras causas debidamente justificas, incluyen y no se limitan a: incendios, inundaciones, desastres naturales, conmociones civiles, huelgas, bloqueos y/o revoluciones o cualquier otro hecho que afecte el cumplimiento de las obligaciones inicialmente pactadas.

Para que cualquiera de los acontecimientos señalados precedentemente puedan generar un impedimento total o parcial justificado en la entrega o provisión de los **BIENES** o demora justificada en el cumplimiento del plazo de entrega, de modo inexcusable e imprescindible en cada caso, el **PROVEEDOR** deberá presentar por escrito a la **ENTIDAD** el respaldo que acredite la existencia del hecho de fuerza mayor y/o caso fortuito u otras causas debidamente justificadas, dentro de los tres (3) días hábiles de ocurrido el hecho.

La **ENTIDAD** en el plazo de cinco (5) días hábiles deberá aceptar o rechazar la solicitud. En caso de aceptación expresa la **ENTIDAD** deberá realizar:

1. La ampliación del plazo de entrega a través de un Contrato Modificatorio o;
2. Efectivizar la Resolución parcial o total de Contrato por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas que afecten al **PROVEEDOR.**

En caso de ampliación de plazo, se deberá considerar un periodo igual al tiempo durante el cual no se haya podido realizar la ejecución del contrato como resultado del hecho de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas por el **PROVEEDOR** y aprobados por la **ENTIDAD**, salvo acuerdo en contrario entre las partes.

**VIGÉSIMA.- (TERMINACIÓN DEL CONTRATO)**

El presente contrato concluirá por una de las siguientes causas:

* 1. **Por Cumplimiento del Contrato:** Es la forma ordinaria de terminación, donde la **ENTIDAD** como el **PROVEEDOR** darán por terminado el presente Contrato, cuando ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en el mismo, lo cual se hará constar en el Certificado de Cumplimiento de Contrato, emitido por la **ENTIDAD**.
  2. **Por Resolución del Contrato:** Es la forma extraordinaria de terminación del contrato que procederá únicamente por las siguientes causales:
     1. **Resolución a requerimiento de la ENTIDAD, por causales atribuibles al PROVEEDOR.**

La **ENTIDAD,** podrá proceder al trámite de resolución del Contrato, en los siguientes casos:

1. Por disolución del **PROVEEDOR*.***
2. Por quiebra declarada del **PROVEEDOR.**
3. Por incumplimiento injustificado a la Cláusula **CUARTA** **(PLAZO DE ENTREGA)**, sin que el **PROVEEDOR** adopte medidas necesarias y oportunas para recuperar su demora y asegurar la conclusión de la entrega.
4. Cuando el monto de la multa por atraso en la entrega de los **BIENES**, alcance el diez por ciento (10%) del monto total del contrato, decisión optativa, o el veinte por ciento (20%), de forma obligatoria.
   * 1. **Resolución a requerimiento del PROVEEDOR por causales atribuibles a la ENTIDAD.**

El **PROVEEDOR,** podrá proceder al trámite de resolución del Contrato, en los siguientes casos:

1. Si apartándose de los términos del contrato, la **ENTIDAD** pretende realizar modificaciones al alcance, monto y/o plazo del contrato, sin la emisión del Contrato Modificatorio correspondiente;
2. Por incumplimiento injustificado en el pago, por más de sesenta (60) días calendario, computables a partir de la fecha de la recepción de los bienes en la entidad, conforme las condiciones del contrato;
3. Por instrucciones injustificadas emanadas de la **ENTIDAD** para la suspensión de la provisión de los **BIENES** por más de treinta (30) días calendario.
   * 1. **Formas de Resolución y Reglas aplicables a la Resolución:** De acuerdo a las causales de Resolución de Contrato señaladas precedentemente, podrán efectivizarse la terminación total o parcial del contrato.

La terminación total del contrato procederá para aquellos **BIENES** de una sola entrega, donde el incumplimiento no permita la ejecución de la relación contractual a través de la entrega de una parcialidad del objeto de la contratación, ya sea por falta de funcionalidad de los **BIENES** u otros aspectos que considere la **ENTIDAD**.

En el caso de **BIENES** de una sola entrega, procederá la resolución parcial cuando la **ENTIDAD** haya efectivizado la recepción de una parcialidad de los **BIENES,** de manera excepcional, conforme lo establecido en la cláusula trigésima cuarta.

Para procesar la resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas, la **ENTIDAD** o el **PROVEEDOR,** según corresponda, notificará mediante carta notariada a la otra parte, la intención de Resolver el Contrato, estableciendo claramente la causal que se aduce.

Si dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de las obligaciones y se tomaran las medidas necesarias para continuar normalmente con las estipulaciones del Contrato, la parte que haya gestionado la intención de Resolución de Contrato, notificará por escrito a la otra parte, su conformidad a la solución y retirará su intensión de resolución de contrato.

En el caso de que al vencimiento del término de los diez (10) días hábiles no existiese ninguna respuesta, el proceso de resolución continuará a cuyo fin la **ENTIDAD** o el **PROVEEDOR,** según quién haya requerido la Resolución del Contrato, notificará mediante carta notariada a la otra parte, que la resolución del Contrato se ha hecho efectiva.

Esta carta notariada que efectiviza la resolución de Contrato, dará lugar a que, cuando la resolución sea por causales atribuibles al **PROVEEDOR,** se consolide a favor de la **ENTIDAD** laGarantía de Cumplimiento de Contrato.

Una vez efectivizada la Resolución del contrato, las partes procederán a realizar la liquidación del contrato.

* 1. **Formas de Resolución y Resolución por causas de fuerza mayor, caso fortuito o en resguardo de los intereses del Estado.**

La terminación total del contrato por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas, procederá para aquellos **BIENES** de una sola entrega, donde el incumplimiento no permita la ejecución de la relación contractual a través de la entrega de una parcialidad del objeto de la contratación, ya sea por falta de funcionalidad de los **BIENES** u otros aspectos que considere la **ENTIDAD**.

Si en cualquier momento antes de la terminación de la provisión o entrega de los **BIENES** objeto del Contrato, el **PROVEEDOR,** se encontrase con situaciones no atribuibles a su voluntad, por causas de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas, que imposibilite el cumplimiento de sus obligaciones, comunicará por escrito su intención de resolver el contrato.

La **ENTIDAD**, previa evaluación y aceptación de la solicitud**,** mediante carta notariada dirigida al **PROVEEDOR,** suspenderá la ejecución y resolverá el Contrato total o parcialmente. A la entrega de dicha comunicación oficial de resolución, el **PROVEEDOR** suspenderá la ejecución del contrato de acuerdo a las instrucciones escritas que al efecto emita la **ENTIDAD,** en la comunicación oficial mencionada**.**

Asimismo, si la **ENTIDAD** se encontrase con situaciones no atribuibles a su voluntad, por causas de fuerza mayor, caso fortuito o considera que la continuidad de la relación contractual va en contra los intereses del Estado, comunicará por escrito la suspensión de la ejecución del contrato y resolverá el **CONTRATO** total o parcialmente.

Se liquidarán los saldos correspondientes para el cierre de la adquisición y algunos otros gastos que a juicio de la **ENTIDAD** fueran considerados sujetos a reembolso al **PROVEEDOR**.

Una vez efectivizada la Resolución del contrato, las partes procederán a realizar la liquidación del contrato.

**VIGÉSIMA PRIMERA. - (SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS)**

En caso de surgir controversias sobre los derechos y obligaciones u otros aspectos propios de la ejecución del presente contrato, las partes acudirán a la jurisdicción prevista en el ordenamiento jurídico para los contratos administrativos.

**II. CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO**

**VIGÉSIMA SEGUNDA. - *(FORMA DE PAGO)***

* **Modalidad de Pago para BIENES con una sola entrega.** El monto del presente contrato, que corresponde a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el monto en forma numérica y literal)*** será pagado por la **ENTIDAD** a favor del **PROVEEDOR**, una vez efectuada la recepción de los **BIENES** de acuerdo a lo establecido en el DBCD.

La **ENTIDAD** podrá realizar el pago por ítem en favor del **PROVEEDOR** de acuerdo a cada entrega una vez efectuada la recepción a conformidad de cada ítem de acuerdo a lo establecido en el DBCD.

***(La* ENTIDAD *después de haber elegido una de las modalidades de pago descritas precedentemente, deberá incluir el siguiente texto).***

La **ENTIDAD** aplicará las sanciones por demoras en la entrega de los **BIENES** objeto del presente Contrato en la forma prevista en la cláusula vigésima quinta del presente Contrato, sin perjuicio de que se procese la resolución del mismo por incumplimiento del **PROVEEDOR.**

Si la **ENTIDAD** incurre en la demora de pago, que supere los sesenta (60) días calendario desde la fecha de solicitud de pago del **PROVEEDOR**, a partir del cual el **PROVEEDOR** tiene el derecho de reclamar el pago de un interés equivalente a la tasa promedio pasiva anual del sistema bancario, del monto no pagado, valor que será calculado dividiendo dicha tasa entre trescientos sesenta ycinco (365) días y multiplicándola por el número de días de retraso en que incurra la **ENTIDAD.**

A este fin el **PROVEEDOR** deberá notificar a la **ENTIDAD** la demora en el pago de cada recepción especificando los días.

**VIGÉSIMA TERCERA.- (FACTURACIÓN)**

El **PROVEEDOR** al momento de cada entrega de los **BIENES** a conformidad, deberá emitir y entregar la respectiva factura oficial en favor de la **ENTIDAD**,por el monto de la venta de cada entrega efectivizada; caso contrario dicho pago no será realizado.

**VIGÉSIMA CUARTA.- (MODIFICACIÓN AL CONTRATO)**

El presente Contrato podrá ser modificado sólo en los aspectos previstos en el DBCD y en el presente contrato, siempre y cuando exista acuerdo entre las partes. Dichas modificaciones deberán, estar orientadas por la causa del contrato y estar destinadas al cumplimiento del objeto de la contratación, debiendo sustentarse por informes técnico y legal que establezcan la viabilidad al efecto.

La modificación (incremento o disminución) al monto del Contrato se podrá realizar a través de uno o varios contratos modificatorios que sumados no deberán exceder el diez por ciento (10%) del monto del Contrato principal. En caso de adquirirse cantidades adicionales, estas no darán lugar al incremento de los precios unitarios y serán pagadas según lo definido en la propuesta aceptada y adjudicada.

La modificación al plazo, permite la ampliación o disminución del mismo.

La modificación al alcance del contrato, permite el ajuste de las diferentes cláusulas del mismo que sean necesaria para dar cumplimiento del objeto de la contratación.

***(Esta cláusula se agregará para BIENES con una sola entrega o con más de una entrega)***

**VIGÉSIMA QUINTA .- (MOROSIDAD Y SUS PENALIDADES)**

Queda convenido entre las partes contratantes, que el **PROVEEDOR** se constituirá en mora sin notificación previa, por el simple incumplimiento a los plazos de entrega previstos en el presente contrato, salvo la existencia de hechos de fuerza mayor, caso fortuito u otras causas debidamente justificadas y aceptadas por la **ENTIDAD,** que ocurran antes del vencimiento del plazo de la entrega.

La **ENTIDAD** aplicará al **PROVEEDOR** una multa por cada día de atraso al plazo de entrega del **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ***(La ENTIDAD deberá definir la multa diaria a ser aplicada de acuerdo al DBCD eligiendo entre el 3 por 1.000 hasta el 8 por 1.000 del monto de los bienes ENTREGADOS con retraso, por cada día de atraso. La definición de la multa dependerá del margen de espera que la ENTIDAD pueda otorgar a las entregas en función a la premura)*** en relación al monto de los **BIENES** entregados con retraso.

En el caso de que el **PROVEEDOR** notifique a la **ENTIDAD** el incumplimiento de la entrega, posterior al vencimiento del plazo de dicha entrega, se computarán las multas por día de retraso hasta la fecha de notificación.

Las multas serán cobradas, mediante descuentos por la **ENTIDAD** de los pagos correspondientes a las recepciones satisfactorias de los **BIENES** o en la liquidación del contrato.

En todos los casos de resolución de contrato por causas atribuibles al **PROVEEDOR**, la **ENTIDAD** no podrá cobrar multas que excedan el veinte por ciento (20%) del monto total del contrato.

**VIGÉSIMA SEXTA.- (RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR)**

* 1. EL **PROVEEDOR** no podrá entregar bienes usados o defectuosos, debiendo en su caso ser sustituidos a su costo, dentro del plazo máximo de \_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el número de días calendario en concordancia con el plazo del contrato),*** impostergablemente.

Cuando el **PROVEEDOR** incurra en negligencia durante la adquisición de los **BIENES,** la **ENTIDAD** podrá retener el total o parte del pago para protegerse contra posibles perjuicios.

Desaparecidas las causales que dieron lugar a la retención, la **ENTIDAD** procederá al pago de las sumas retenidas siempre que, para la solución de los problemas no se haya empleado parte o el total de dichos fondos.

Esta retención no creará derechos en favor del **PROVEEDOR** para solicitar ampliación de plazo, ni intereses.

* 1. El **PROVEEDOR** debe custodiar los **BIENES** a ser provistos, hasta la recepción de éstos por la **ENTIDAD**.

***(En caso de la Entidad no considere necesaria la contratación de seguro, la entidad deberá reemplazar el texto de la cláusula Vigésima Séptima indicando lo siguiente: “No aplica.”)***

**VIGÉSIMA SÉPTIMA.- (SEGUROS).**

***(La* ENTIDAD *deberá establecer el tipo de seguro y el plazo de vigencia de éste).***

**VIGÉSIMA OCTAVA.- (SUSPENSIÓN TEMPORAL)**

La **ENTIDAD** podrá suspender temporalmente el computo del plazo de las entregas o provisión de los **BIENES** en cualquier momento por motivos de fuerza mayor, caso fortuito y/o convenientes a los intereses del Estado, para lo cual la **ENTIDAD** notificará de manera expresa al **PROVEEDOR**, con una anticipación de diez (10) días calendario, excepto en los casos de urgencia por alguna emergencia imponderable. Esta suspensión puede ser parcial o total.

***(Utilizar la siguiente redacción cuando corresponda)*** En este caso la **ENTIDAD** reconocerá en favor del **PROVEEDOR** los gastos en que éste incurriera justificado documentadamente, cuando el lapso de la suspensión sea mayor a los treinta (30) días hábiles.

También el **PROVEEDOR** podrá solicitar a la **ENTIDAD** lasuspensión temporal de las entregas o provisión, por causas atribuibles a la **ENTIDAD** que afecten al **PROVEEDOR** en la adquisición de los **BIENES.** Dichasuspensión podrá efectivizarse siempre y cuando la **ENTIDAD** la autorice de manera expresa considerando como incumplimiento toda suspensión realizada sin autorización. De manera excepcional la **ENTIDAD** podrá realizar la aprobación de suspensiones que se hayan realizado sin autorización previa, siempre y cuando dichas suspensiones se hayan generado en situaciones de extrema necesidad o emergencia debidamente comprobadas por el **PROVEEDOR**.

**VIGÉSIMA NOVENA.- (NORMAS DE CALIDAD APLICABLES)**

Los **BIENES** suministrados de conformidad con el presente Contrato se ajustarán a las normas de calidad mencionadas en las especificaciones técnicas y, cuando en ellas no se mencionen normas de calidad aplicables, a las normas de calidad existentes o cuya aplicación sea apropiada en el país de origen de los **BIENES.**

**TRIGÉSIMA.- (EMBALAJE)**

El embalaje, las marcas y los documentos que se coloquen dentro y fuera de los bultos deberán cumplir estrictamente normas internacionales, los requisitos especiales que se hayan consignado en el DBCD, cualquier otro requisito, si lo hubiere, y cualquier otra instrucción dada por la **ENTIDAD.**

**TRIGÉSIMA PRIMERA.- (INSPECCIÓN Y PRUEBAS)**

***(Utilizar la siguiente redacción cuando corresponda)*** La **ENTIDAD** de acuerdo con lo estipulado en las especificaciones técnicas, a través de instituciones oficialmente reconocidas para verificar la calidad de los bienes tendrá derecho a inspeccionar los bienes y/o someterlos a prueba, sin costo adicional alguno, a fin de verificar su conformidad con las especificaciones técnicas contenidas en el Documento Base de Contratación Directa.

La **ENTIDAD** notificará por escrito al **PROVEEDOR,** oportunamente, la identidad de todo representante designado para estos fines.

Las inspecciones y pruebas podrán realizarse en las instalaciones del **PROVEEDOR** o de su(s) subcontratista(s) o proveedor(es) primario(s), en el lugar de entrega, de acuerdo a lo estipulado en las especificaciones técnicas. Cuando sean realizadas en recintos del **PROVEEDOR** o de su(s) subcontratista(s) o proveedor(es) primario(s), se proporcionará a los inspectores todas las facilidades y asistencia razonables y los datos sobre producción permitidas, sin cargo alguno para la **ENTIDAD.**

La verificación de los **BIENES** por parte de la **ENTIDAD** mediante inspecciones o pruebas se realizará en un plazo de \_\_\_\_\_\_\_\_ ***(definir el número de días en que se realizarán las pruebas, siendo el máximo admisible de 30 días calendario)***días calendario, debiendo estas pruebas o inspecciones iniciarse como máximo diez (10) días calendario después de recibidos los **BIENES** en el lugar de inspección.El **PROVEEDOR** tiene la potestad de participar en todas las pruebas e inspecciones que se realicen y tomar conocimiento si los **BIENES** cumplen o no lo estipulado en el Contrato.

Silos **BIENES** inspeccionados o probados no se ajustan a las Especificaciones Técnicas, la **ENTIDAD** podrá rechazarlos y el **PROVEEDOR** deberá, sin cargo para la **ENTIDAD,** reemplazarlos o incorporar en ellos todas las modificaciones necesarias para que cumplan con tales Especificaciones Técnicas. Todos los reemplazos, modificaciones o incorporaciones serán objeto de las inspecciones o pruebas a fin de verificar su conformidad con las especificaciones técnicas. Los eventuales rechazos por parte de la **ENTIDAD,** no modifican el plazo de entrega, que permanecerá invariable.

El plazo máximo para reemplazar los **BIENES** o incorporar las modificaciones necesarias, es de \_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el plazo que no debe exceder el plazo de entrega final)*** días calendario, después de haber recibido la comunicación de rechazo.

**TRIGÉSIMA SEGUNDA.- (DERECHOS DE PATENTE)**

El **PROVEEDOR** asume responsabilidad de manera ilimitada y permanente en caso de reclamos de terceros por transgresiones a derechos de patente, marcas registradas, o diseño industrial causados por la adquisición y utilización de los **BIENES** o parte de ellos en el Estado Plurinacional de Bolivia.

**TRIGÉSIMA TERCERA.- (MANUALES DE OPERACIÓN, MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN)**

***(Esta cláusula debe aplicarse cuando por el tipo de adquisición, corresponda)*** Junto con los **BIENES** objeto del Contrato, el **PROVEEDOR** entregará los correspondientes manuales de operación, mantenimiento y reparación y otros establecidos en las especificaciones técnicas contenidas en el DBCD. Los manuales originales deberán ser escritos en idioma castellano, y cuando éstos no estuvieran disponibles en idioma castellano, el **PROVEEDOR** entregará un ejemplar traducido.

***(Adecuar esta cláusula de acuerdo con el requerimiento de manuales indicado en las especificaciones técnicas contenidas en el DBCD).***

***(Usar esta cláusula para BIENES con una sola entrega o con más de una entrega)***

**TRIGÉSIMA CUARTA.- (RECEPCIÓN)**

Dentro del plazo previsto para la entrega, se realizarán las actividades para la Recepción de los **BIENES**.

La Comisión de Recepción debe verificar si los **BIENES** entregados concuerdan plenamente con las Especificaciones Técnicas de la propuesta adjudicada y el Contrato.

Si el (los) plazo (s) de entrega coincide con días sábados, domingos o feriados, la recepción de los bienes objeto del presente contrato deberán ser trasladados al siguiente día hábil administrativo, en concordancia con lo establecido en la Cláusula Cuarta del presente Contrato.

Del acto de recepción de cada entrega se levantará un Acta de Recepción, que es un documento diferente al registro de ingreso o almacenes.

De manera excepcional, en caso de bienes con una sola entrega, previa solicitud del **PROVEEDOR**, la Comisión de Recepción podrá realizar la recepción de una parcialidad de los **BIENES**; para tal efecto, la Unidad Solicitante deberá emitir un informe que justifique esta recepción.

**TRIGÉSIMA QUINTA.- (LIQUIDACIÓN DE CONTRATO)**

Dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha de Recepción de la entrega o provisión que implique el cumplimiento del objeto de la contratación o a la fecha de Resolución de Contrato, la **ENTIDAD** procederá a la liquidación del contrato.

En ambos casos, la **ENTIDAD** procederá a establecer los saldos a favor o en contra entre las partes y según corresponda, realizará el cobro de multas, devolución o ejecución de garantías y/o la emisión de la certificación de cumplimiento de contrato.

El Certificado de Cumplimiento de Contrato será otorgado a solicitud del **PROVEEDOR**, una vez que se cuente con la conformidad de la recepción definitiva y se tenga la liquidación total del contrato.

La liquidación del contrato, tomará en cuenta:

* Reposición de daños, si hubieren.
* Las multas y penalidades, si hubieran.
* Por la protocolización del contrato, si este pago no se hubiere hecho efectivo oportunamente.
* Otros aspectos que considere la entidad.

Asimismo, el **PROVEEDOR** podrá establecer el importe de los pagos a los cuales considere tener derecho, que hubiesen sido reclamados sustentada y oportunamente dentro del plazo previsto en la cláusula de derechos del proveedor, y que no hubiese sido pagado por la **ENTIDAD.**

Este proceso utilizará los plazos previstos en la cláusula décima cuarta del presente Contrato, para el pago de saldos que existiesen.

**TRIGÉSIMA SEXTA.- (CONFORMIDAD).** En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento suscriben el presente **CONTRATO** en cuatro ejemplares de un mismo tenor y validez, el/la \_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre y cargo del servidor público habilitado para suscribir el Contrato),***en representación legal de la **ENTIDAD,** y el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(registrar el nombre del propietario o representante legal del PROVEEDOR, habilitado para suscribir el Contrato)***en representación legal del **PROVEEDOR.**

Este documento, conforme a disposiciones legales de control fiscal vigentes, será registrado ante la Contraloría General del Estado.

Usted Señor Notario se servirá insertar todas las demás cláusulas que fuesen de estilo y seguridad.

***(Registrar la ciudad o localidad y fecha en que se suscribirá el Contrato)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ***(Registrar el nombre y cargo del Funcionario habilitado para la firma del contrato)*** |  | ***(Registrar la razón del PROVEEDOR)*** |