

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### SC-CMA-007-2023

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO”** |

 **Santa Cruz, marzo de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****CONTRATO MARCO SZ-CMA-007-2023****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Santa Cruz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: A las mejores propuestas que cumplan lo requerido. Se podrá adjudicar los ítems a más de un proponente y los ítems contratados serán a requerimiento de la CSBP |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Cumple/**N**o Cumple |
| Encargados de atender consultas: Lic. Genni Hiza R. Ing. Wendy Oropeza R.  |
| Correo electrónico: genni.hiza@csbp.com.bo wendy.oropeza@csbp.com.bo  |
| Teléfono: 3427676 int. 3428 |

**CONTRATO MARCO REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 09/03/2022 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Inspección Previa | No corresponde | No corresponde | No corresponde |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:15/03/2022 | HastaHrs.16:00 | Dirigidas a:genni.hiza@csbp.com.bowendy.oropeza@csbp.com.bo |
| 4 | Reunión de Aclaración | 17/03/2023 | Hrs.10:00 | Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo) – Sala de Reuniones  |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 27/03/2023 | Hasta:14:00 | Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo) – Secretaria de Administración |
| 6 | Apertura de Ofertas. | 27/03/2023 | 14:15 | Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo) – secretaria de Administración  |
| 7 | Resultado Del Proceso | 28/04/2023 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |

(\*) Estas fechas son referenciales y podrán ser modificadas de acuerdo a la necesidad y situaciones que ameriten su modificación.

|  |
| --- |
| **PARTE I****INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE**
 | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº 060/2021 del 30 de noviembre de 2021, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES**
 | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia.
2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia.
 |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION**
 | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades: * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada.
* Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP.
* Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales.
* Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.

Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación: * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo.
* Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa.
* Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP.
* Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.
 |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE**
 | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:* 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.
	2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.
	3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente.
 |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP**
 | * 1. Instancia de Aprobación:

 Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero Dr. Edgar Butron Gerente Médico.  * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

Lic. Joaquín López Gerente General Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero Dr. Edgar Butron Gerente MédicoPara el presente proceso de contratación se designará un Comité de Contrataciones que dará la no objeción para la firma del Contrato.  |
| 1. **IDIOMA**
 | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA**
 | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION**
 | 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, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN**
 | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física.
2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío.
3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación.
 |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION**
 | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso.
2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación.
3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.

La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION**
 | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION**
 | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC.
2. Error en el PC.
 |
| 1. **RESPONSABILIDAD**
 | En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre en responsabilidad alguna respecto de los proponentes afectados con estas decisiones. |

|  |
| --- |
| **PARTE II****PREPARACIÓN DE LA OFERTA** |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA**
 | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:**DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS*** Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**.
* Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA*** Formulario **N°3** **a) Y b)** identificado en los Anexos de este documento, **(para cada ítem)**, **en original**

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN POR ITEMS*** La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N°4 a) Y b)** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
 |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA**
 | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, para lo que se considerará lo siguiente: 1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso.
2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta.
 |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**
 | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados. El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA**
 | La recepción de ofertas se realizará de forma física.**OFERTA FISICA:** La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****REGIONAL SANTA CRUZ,****LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: : Zona Sur, Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo. Secretaria de Administración ***……………………………………………………………..*****RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: SC-CMA-007/2023****“REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO”*****PRIMERA* CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 14:15 del día 27** **de marzo de 2023****No abrir antes de horas del día**  **de de 2022****No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o complementaciones a la misma. Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continuar participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución en el Libro de Actas o Registro Electrónico.La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS**
 | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.**  |
| 1. **ACTO DE APERTURA**
 | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes.Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación. Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES**
 | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades: 1. Propuesta Técnica.
2. Propuesta Económica.
3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote.
4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.
 |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES**
 | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC;
2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.

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 formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS**
 | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra.
2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada.
3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas.
4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida.
5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC.
6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita.
7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas.
8. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras.
9. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC.
 |

|  |
| --- |
| **PARTE III****EVALUACIÓN DE OFERTAS** |
| 1. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO**
 | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | Para el caso de Contratos Marco, al ser bienes, obras y/o servicios parametrizados, donde se conoce las características exactas de lo que se requiere, el método de Calificación será cumple no cumple, ya que basta con que las propuestas cumplan con las características solicitadas y en base a los precios ofertados se podrá elegir a una o varias empresas para Contratar. |
| 1. **ENTREGA DE PRODUCTOS:**
 | La entrega de los Reactivos y Insumos de Laboratorio será a requerimiento. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION**
 | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a diez (15) días hábiles.Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN**
 | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:1. Nómina de los proponentes y precios ofertados
2. Cuadros comparativos
3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica
4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia.
5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda.
6. Detalle de inhabilitación de propuestas, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente.
7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes
8. Recomendación de adjudicación o declaratoria desierta.
 |

|  |
| --- |
| **PARTE IV****SUSCRIPCION DE CONTRATO** |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS**
 | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta.La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se adjudicará a la propuesta que haya obtenido el segundo lugar en la evaluación de las propuestas.En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO**
 | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |

**.**

|  |
| --- |
| **PARTE V****ESPECIFICACIONES TECNICAS** |
| La Caja de Salud de la Banca privada Regional Santa Cruz requiere realizar la compra por **EVENTO** de REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO para cubrir las necesidades de los asegurados de acuerdo a lo requerido por los médicos de las distintas especialidades.**PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO**El contrato tendrá una vigencia de UN AÑO, renovables previo acuerdo entre partes, durante la vigencia del contrato los costos unitarios adjudicados serán inamovibles.**I. REACTIVOS DE LABORATORIO:**1. **PRESENTACION DE LAS OFERTAS:**
	1. Solo se aceptarán ofertas de los reactivos que cuenten con Registro Sanitario vigente otorgada por la Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud del Ministerio de Salud y Deportes. Las ofertas deberán indicar para cada producto el número y fecha de dicho registro.
	2. Para los casos en que el Registro Sanitario se halle en trámite de reinscripción se deberá acreditar tal situación o presentar copia de la solicitud de reinscripción presentada a la Unidad de Medicamentos del Ministerio de Salud y Deportes. No se tomarán en cuenta solicitudes de reinscripción presentadas fuera del plazo establecido.
	3. Las ofertas deberán corresponder exactamente a la presentación, concentración, envase primario y especificaciones de calidad requeridas para cada reactivo.
2. **CALIDAD DE LOS PRODUCTOS:**
	1. La calidad de los reactivos representa la conformidad con las especificaciones de identidad, pureza, concentración y otras características.

 Los certificados de control de calidad deberán contener por lo menos la siguiente información general:**-** Nombre del fabricante- Presentación- Fecha de fabricación o elaboración - Fecha de vencimiento1. **VIDA UTIL - PERIODO DE VALIDEZ:**
	1. Los productos que por su naturaleza química tengan plazo de expiración menor o igual a 12 meses, se entregaran en lotes parciales con fecha de expiración máxima. Las entregas de cada lote se efectuarán de acuerdo a los requerimientos de la Caja de Salud de la Banca Privada.
	2. Cambio por vencimiento de productos: Para los casos de productos entregados con una vida útil inferior a 12 meses, se presentará una carta de compromiso de cambio de saldos existentes, especificando que la Caja de Salud de la Banca Privada deberá notificar cualquier cambio con tres meses de antelación, los mismos deben ser cambiados en un plazo no mayor de 30 días calendario impostergablemente.
	3. Los Reactivos de Laboratorio Clínico que por su naturaleza no cuenten con un periodo de vida útil mayor a 12 meses, deberán ser entregados a requerimiento.
2. **RECEPCION:**
	1. Los Reactivos de Laboratorio Clínico deberán ser entregados en almacenes Central de Regional Santa Cruz, según coordinación previa con los proveedores a requerimiento de la CSBP, por escrito, debiendo entregar los mismos en un plazo no mayor a 15 días hábiles.
	2. Cuando una entrega comprenda varios lotes del mismo producto, éstas deberán separarse físicamente, y sus números anotados correlativamente en las notas de remisión, junto con las cantidades que corresponden a cada lote y fecha de vencimiento.
	3. Una vez que la Comisión de Recepción haya inspeccionado los productos a recibir, y si éstos cumplen con los requisitos, procederá a firmar y sellar la nota de remisión del Proveedor, que deberá además señalar los diferentes números de lote y fecha de vencimiento de todos y cada uno de los productos entregados.
	4. Para proceder al cobro, es indispensable que el proveedor acompañe a su factura la nota de recepción debidamente firmada y sellada, además de los requisitos señalados.
3. **MEDIOS DE TRANSPORTE:**

El proponente deberá velar para que los medios de transporte a ser utilizados cumplan con los requisitos de seguridad, garanticen la cadena de frio y requisitos mínimos especificados para el transporte de reactivos. FORMA EN LA CUAL SE SOLICITARÁ EL SERVICIO**DETALLE DE REACTIVOS REQUERIDOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° ITEM** | **REACTIVO** | **PRESENTACION** | **CONSUMO ANUAL ESTIMADO** |
| 1 | PROTI U | KIT/SET | 9 |
| 2 | ACEITE DE CEDRO | FRASCO | 0 |
| 3 | ANTI A Y B | FRASCO | 24 |
| 4 | APTT | KIT/SET | 9 |
| 5 | GLUCOSA | KIT/SET | 6 |
| 6 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | KIT/SET | 11 |
| 7 | CREATININA CINÉTICA | KIT/SET | 12 |
| 8 | UREA | KIT/SET | 10 |
| 9 | BILIRRUBINA | KIT/SET | 4 |
| 10 | GOT | KIT/SET | 9 |
| 11 | GPT | KIT/SET | 9 |
| 12 | GGT | KIT/SET | 7 |
| 13 | LDL COLESTEROL. | KIT/SET | 11 |
| 14 | PROTEÍNAS TOTALES -ALBÚMINA COLORIMÉTRICO | KIT/SET | 5 |
| 15 | COLESTEROL | KIT/SET | 14 |
| 16 | TRIGLICERIDOS | KIT/SET | 6 |
| 17 | HDL-COLESTEROL | KIT/SET | 11 |
| 18 | AMILASA | KIT/SET | 6 |
| 19 | CALCIO SÉRICO COLORIMÉTRICO  | KIT/SET | 4 |
| 20 | HIERRO SÉRICO COLORIMÉTRICO | KIT/SET | 9 |
| 21 | MAGNESIO | KIT/SET | 6 |
| 22 | REACTIVO PACK DE NA, CA K | PACK | 20 |
| 23 | FOSFORO | KIT/SET | 5 |
| 24 | PCR (PROTEINA C REACTIVA) | KIT/SET | 79 |
| 25 | ASTO | KIT/SET | 3 |
| 26 | LATEX FR DIRECTO | KIT/SET | 10 |
| 27 | RPR CARBÓN | KIT/SET | 5 |
| 28 | CHAGAS HAI POLINCHACO | KIT/SET | 5 |
| 29 | HCG CUALITATIVA | CAJA/BOLSA | 30 |
| 30 | TIRAS REACTIVAS DE ORINAS | FRASCO | 151 |
| 31 | ROTAVIRUS | KIT/SET | 50 |
| 32 | SANGRE OCULTA EN HECES | KIT/SET | 32 |
| 33 | FOSFATASA ALCALINA | KIT/SET | 8 |
| 34 | VDRL TEST | KIT/SET | 20 |
| 35 | HIERRO COLOR TRANSFERRINA | KIT/SET | 5 |
| 36 | DILUYENTE REACTIVO PARA COULTER X 20 LITROS | FRASCO | 67 |
| 37 | GLUCOSA ANHIDRA | BOLSA/ PAQ | 10 |
| 38 | LDH | KIT/SET | 6 |
| 39 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨O¨ | FRASCO | 17 |
| 40 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨H¨ | FRASCO | 21 |
| 41 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨A¨ | FRASCO | 18 |
| 42 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨B¨ | FRASCO | 17 |
| 43 | ACIDO URICO | KIT/SET | 6 |
| 44 | SUEROS CONTROLES NORMALES. | KIT/SET | 2 |
| 45 | PLASMA CONTROL NORMAL | KIT/SET | 4 |
| 46 | REACTIVOS DE PLAQUETAS | KIT/SET | 5 |
| 47 | CPK NAC | KIT/SET | 6 |
| 48 | CPK MB | KIT/SET | 2 |
| 49 | SUEROS DE COOMBS  | KIT/SET | 6 |
| 50 | CONTROL DE CALIDAD PARA ION SELECTIVO | KIT/SET | 5 |
| 51 | EBG REACTIVO PACK 800 ML | PACK | 10 |
| 52 | TROPONINA | BOLSA/ PAQ | 8 |
| 53 | FIBRINÓGENO | KIT/SET | 10 |
| 54 | SUEROS CONTROLES PATOLÓGICOS. | KIT/SET | 2 |
| 55 | CONTROL DE CALIDAD HEMATOLÓGICO (BAJO, MEDIO, ALTO) | FRASCO | 60 |
| 56 | AUTO CALIBRADORES PARA QUÍMICA. | KIT/SET | 3 |
| 57 | ANTI D PARA TIPIFICACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO | FRASCO | 35 |
| 58 | CONTROL DE CALIDAD PARA GASÓMETRO. | KIT/SET | 3 |
| 59 | TROMBOPLASTINA CÁLCICA. | KIT/SET | 50 |
| 60 | TEST RÁPIDO PARA DETERMINACIÓN DE VIH | CAJA/PQ | 119 |
| 61 | GIEMSA | FRASCO | 5 |
| 62 | ELISA PARA CHAGAS IGG | KIT/SET | 7 |
| 63 | ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO PSA TOTAL | KIT/SET | 9 |
| 64 | HEPATITIS ANTI HAV IGG | KIT/SET | 3 |
| 65 | HEPATITIS ANTI HAV IGM | KIT/SET | 3 |
| 66 | HEPATITIS ANTI HBS AG AUSTRALIA DE SUPERFICIE | KIT/SET | 2 |
| 67 | HELICOBACTER PYLORI IGM | KIT/SET | 14 |
| 68 | TOXOPLASMA IGG | KIT/SET | 18 |
| 69 | HELICOBACTER PYLORI IGG | KIT/SET | 14 |
| 70 | ANTÍGENO CARCÍGENO EMBRIONARIO (CEA)  | KIT/SET | 2 |
| 71 | TIROGLOBULINA | KIT/SET | 8 |
| 72 | ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIBRE. | KIT/SET | 3 |
| 73 | ALFA FETOPROTEINA (AFP) | KIT/SET | 2 |
| 74 | INMUNOGLOBULINA IGE | KIT/SET | 4 |
| 75 | RUBEOLA IGM | KIT/SET | 7 |
| 76 | RUBEOLA IGG | KIT/SET | 7 |
| 77 |  SIFILIS IGG/IGM | KIT/SET | 2 |
| 78 | ANTICUERPO ANTITIROIDEO (ATG) | KIT/SET | 3 |
| 79 | ANTICUERPO PEROXIDAZA (TPO) | KIT/SET | 3 |
| 80 | HEPATITIS C | KIT/SET | 2 |
| 81 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES  | KIT/SET | 4 |
| 82 | ANTI DNA | KIT/SET | 3 |
| 83 | CA 15,3 | KIT/SET | 2 |
| 84 | CA 125 | KIT/SET |   |
| 85 | INMUNOGLOBULINA IGA | PLACAS | 3 |
| 86 | INMUNOGLOBULINA IGG | PLACAS | 4 |
| 87 | INMUNOGLOBULINA IGM | PLACAS | 4 |
| 88 | COMPLEMENTO C3 | PLACAS | 10 |
| 89 | COMPLEMENTO C4 | PLACAS | 11 |
| 90 | LISANTE  | FRASCO | 68 |
| 91 | HCG CUANTITATIVA | KIT/SET | 5 |
| 92 | DESPROTEINIZADOR | FRASCO | 5 |
| 93 | PAPEL PH | FRASCO | 5 |
| 94 | SOLUCIÓN DE LAVADO PARA QUÍMICA | KIT/SET | 9 |
| 95 | SOLUCIÓN DESPROTEINIZANTE PARA QUÍMICA | KIT/SET | 4 |
| 96 | TOXOPLASMA IGM | KIT/SET | 18 |
| 97 | INSULINA | KIT/SET | 15 |
| 98 | T3 TOTAL | KIT/SET | 22 |
| 99 | T4 TOTAL | KIT/SET | 21 |
| 100 | T4 LIBRE | KIT/SET | 22 |
| 101 | TSH (TIROTROPINA) | KIT/SET | 37 |
| 102 | FSH | KIT/SET | 6 |
| 103 | LH | KIT/SET | 5 |
| 104 | ESTRADIOL | KIT/SET | 6 |
| 105 | PROGESTERONA  | KIT/SET | 5 |
| 106 | PROLACTINA | KIT/SET | 10 |
| 107 | FERRITINA | KIT/SET | 1 |
| 108 | HORMONA DE CRECIMIENTO | KIT/SET | 1 |
| 109 | TESTOSTERONA TOTAL | KIT/SET | 5 |
| 110 | SUBSTRATO QUIMIOLUMINISCENTE  | FRASCO | 24 |
| 111 | SOLUCIÓN DE LAVADO PARA QUIMIOLUMINISCENCIA | FRASCO | 18 |
| 112 | SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA QUIMIOLUMINISCENCIA | FRASCO | 1 |
| 113 | CONTROL DE CALIDAD PARA QUIMIOLUMINISCENCIA | FRASCO | 60 |
| 114 | LÍQUIDO DE LIMPIEZA PARA LÁMPARA DE QUIMIOLUMINISCENCIA | KIT/SET | 1 |
| 115 | CORTISOL | KIT/SET | 1 |
| 116 | CA 19,9 | KIT/SET | 2 |
| 117 | HELICOBACTER PYLORI EN HECES FECALES. | CAJA | 31 |
| 118 | ENA (PANEL) | KIT/SET | 13 |
| 119 | ANTI CCP | KIT/SET | 7 |
| 120 | CITOMEGALOVIRUS IGG | KIT/SET | 8 |
| 121 | CITOMEGALOVIRUS IGM | KIT/SET | 8 |
| 122 | EPSTEIN BARR IGG | KIT/SET | 1 |
| 123 | EPSTEIN BARR IGM | KIT/SET | 1 |
| 124 | ANTICUERPO IGG PARA COVID | KIT/SET | 9 |
| 125 | ANTICUERPO IGM PARA COVID | KIT/SET | 9 |
| 126 | DIMERO D | KIT/SET | 3 |
| 127 | HEPATITIS B | CAJA /BOLSA | 2 |
| 128 | HEPATITIS C | CAJA /BOLSA | 2 |
| 129 | CONTROLES DE CALIDAD PARA MARCADORES TUMORALES | FRASCO | 30 |

**II. INSUMOS DE LABORATORIO:**1. **VIDA UTIL – PERIODO DE VALIDEZ:**
	1. Los productos que por su naturaleza química tengan plazo de expiración menor o igual a 12 meses, se entregaran en lotes parciales con fecha de expiración máxima. Las entregas de cada lote se efectuarán de acuerdo a los requerimientos de la Caja de Salud de la Banca Privada.
	2. Cambio por vencimiento de productos: Para los casos de productos entregados con una vida útil inferior a 12 meses, se presentará una carta de compromiso de cambio de saldos existentes, especificando que la Caja de Salud de la Banca Privada deberá notificar cualquier cambio con tres meses de antelación, los mismos deben ser cambiados en un plazo no mayor de 30 días calendario impostergablemente.
	3. Los Reactivos de Laboratorio Clínico que por su naturaleza no cuenten con un periodo de vida útil mayor a 12 meses, deberán ser entregados a requerimiento.
2. **RECEPCION:**
	1. Los Insumos de Laboratorio deberán ser entregados en almacenes Central de Regional Santa Cruz, según coordinación previa con los proveedores a requerimiento de la CSBP, por escrito, debiendo entregar los mismos en un plazo no mayor a 15 días hábiles.
	2. Una vez que la Comisión de Recepción haya inspeccionado los productos a recibir, y si éstos cumplen con los requisitos, procederá a firmar y sellar la nota de remisión del Proveedor.
	3. Para proceder al cobro, es indispensable que el proveedor acompañe a su factura la nota de recepción debidamente firmada y sellada, además de los requisitos señalados.

**DETALLE DE INSUMOS REQUERIDOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº ITEM** | **INSUMOS** | **UNIDAD** | **CONSUMO ANUAL ESTIMADO** |
| 1 | TUBOS CAPILARES SIN HEPARINA | FRASCO | 5 |
| 2 | FRASCOS RECOLECTORES DE HECES FECALES. | FRASCO | 10000 |
| 3 | FRASCOS RECOLECTORES DE ORINAS. | FRASCO | 11750 |
| 4 | MICROTUBOS EPPENDORF | BOLSA | 15 |
| 5 | PIPETAS PASTEUR | CAJA/BOLSA | 3 |
| 6 | SOLUCION DE NOIN | CAJA | 4 |
| 7 | MICROTUBOS CON EDTA PEDÍATRICOS. | PZA | 2300 |
| 8 | MICROTUBOS CON CITRATO PEDÍATRICOS. | PZA | 1500 |
| 9 | TIPS AMARILLOS | PZA | 62000 |
| 10 | TIPS AZÚLES | BOLSA  | 24 |
| 11 | TIPS BLANCOS  | BOLSA | 25 |
| 12 | TUBOS AL VACÍO CON EDTA . | PZA | 27000 |
| 13 | TUBOS AL VACIO CON CITRATO . | PZA | 5500 |
| 14 | TUBOS DE HEMOLISIS 12 X 75 MM | CAJA | 10 |
| 15 | TUBOS DE HEMOLISIS 16 X 100 MM | CAJA | 15 |
| 16 | PORTA OBJETOS | CAJA | 13 |
| 17 | CUBREOBJETOS 22X22 MM | CAJA | 28 |
| 18 | PAPEL PARAFILM | ROLLO | 4 |
| 19 | CEPILLOS PARA LAVAR TUBOS P | PIEZAS | 24 |
| 20 | TUBOS DE REACCIÓN O COPAS/PARA MUESTRAS DE QUIMIOLUMINISCENCIA | BOLSA/CAJA | 15 |
| 21 | MULTICUBETAS  | BOLSA | 100 |
| 22 | BARRAS MAGNÉTICAS. | FRASCO | 10 |
| 23 | CUBETAS PARA COAGULÓMETRO | BOLSA | 10 |
| 24 | PAPEL TÉRMICO DE 5,6 CM DE ANCHO | PIEZAS | 250 |
| 25 | SOLUCIÓN LUGOL AL 5 % | FRASCO | 3 |
| 26 | PROPIPETAS | PIEZAS | 6 |
| 27 | CARTUCHO PARA GASÓMETRO | CAJA | 6 |
| 28 | PIPETAS PARA DISPENSADORES | BOLSA | 2 |
| 29 | APLICADOR DE MADERA  | BOLSA | 5 |
| 30 | SOLUCIÓN LECO | CAJA | 60 |
| 31 | DESINCRUSTANTE | FRASCO | 5 |
| 32 | SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA GASÓMETRO E ION SELECTIVO | KIT/SET | 15 |
| 33 | TUBOS CAPILARES CON HEPARINA | FRASCO | 5 |
| 34 | PAPEL TÉRMICO DE 12 CM DE ANCHO | PZA | 100 |
| 35 | TUBOS DE HEMÓLISIS 13 X 100 MM | CAJA | 12 |

 |
|  |

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **PARTE VI****FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTEIDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3 a)** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REACTIVOS DE LABORATORIO |
| **FORMULARIO 3 b)** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS INSUMOS DE LABORATORIO |
| **FORMULARIO 4 a)** | PROPUESTA ECONÓMICA REACTIVOS DE LABORATORIO |
| **FORMULARIO 4 b)** | PROPUESTA ECONÓMICA INSUMOS DE LABORATORIO |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

 Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco SC-CMA-007-2023 REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO**

A nombre de ***(Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Imitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para qué 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. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a inhabilitar la presente propuesta y ejecutar la Garantía de Seriedad de Propuesta.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados 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. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

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

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

 \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución Social de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), registrado ante la instancia competente.

b) Testimonio de Poder, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, registrado ante la instancia competente.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

 \*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio de Poder, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, registrado ante la instancia competente.

b) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

d) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra propuesta por un periodo de ………***(indicar número de días que debe ser igual o superior a sesenta (60) días calendario)*** a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Documento que lo acredita como representante legal

 \_\_\_\_(*colocar número de testimonio, lugar y fecha)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***(Nombre completo del representante legal***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_(colocar número, lugar y fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Nombre del representante legal de la asociación accidental

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Documento que lo acredita como representante legal

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***(Nombre completo del representante legal***

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO N° 3 a)**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REACTIVOS DE LABORATORIO**

**ITEM 1 PROTI U**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN REACTIVO (1) 2 X 25 ML, REACTIVO (2) 3ML, REACTIVO (3) 3ML MINIMO PARA 56 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 2 ACEITE DE CEDRO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: FRASCO MINIMO DE 1 LITRO** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 3 ANTI A Y B**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5.** **FRASCO CON 10 ML PARA MINIMO 200 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 4 APTT**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: APTT (ACTIN 10 FRASCOS DE 2 ML CADA UNO, MAS 2 FRASCOS DE 15 ML DE CLORURO DE CALCIO PARA MINIMO 200 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 5 GLUCOSA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. GLICEMIA ENZIMATICA LIQUIDA KIT 1000 ML MINIMO 1000 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 6 HEMOGLOBINA GLICOSILADA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5** **CAJA CON TUBOS EN NÚMERO DE 100 X 2,5 ML (RGT) FRASCO DE 5 X 10 ML (LYSE) ESTÁNDAR 1 X 1,0 ML MINIMO 100 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 7 CREATININA CINÉTICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FRASCO DE 1000 ML. MINIMO 1000 DETERMINACIONES CON ESTÁNDAR INCLUIDO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 8 UREA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. UREA ENZIMÁTICA UV 5X80 ML REACTIVO 1, 1X100 ML REACTIVO 2, 1X3 ML ESTANDAR. MINIMO 500 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 9 BILIRRUBINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. BILIRRUBINA DIRECTA PARA EQUIPO AUTOMATIZADO R1 5X80 R2 1X100ML. BILIRRUBINA TOTAL PARA EQUIPO AUTOMATIZADO R1 5X80 R2 1X100ML 1 AUTOCAL. 1 ESTÁNDAR. MINIMO 500 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 10 GOT**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO1 (5 X 80 ML).REACTIVO 2 (1 X 100 ML) PARA MINIMO 500 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 11 GPT**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO1 (5 X 80 ML).REACTIVO 2 (1 X 100 ML) PARA MINIMO 500 DETERMINACIONES)** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 12 GGT**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA TEST CINETICA BUFFER 5 X 20 ML , SUBSTRATO 1X 25ML. PARA MINIMO 125 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 13 LDL COLESTEROL.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. LDL- COLESTEROL FRASCO DE 250 ML LÍQUIDO LISTA PARA USAR MINIMO 250 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 14 PROTEÍNAS TOTALES Y ALBÚMINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PROTEINAS TOTALES FRASCO DE 1000 ML + ESTANDAR. ALBUMINA PRESENTACION 1000 ML + ESTANDAR. MINIMO 1000 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 15 COLESTEROL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. COLESTEROL ENZIMATICO FRASCO DE 1000 ML LINEA LIQUIDA MAS ESTANDAR MINIMO 1000 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 16 TRIGLICERIDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. TRIGLICÉRIDOS ENZIMÁTICO LIQUIDO MÁS ESTÁNDAR PRESENTACIÓN FRASCO DE 1000 ML. MINIMO 1000 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 17 HDL-COLESTEROL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. H.D.L. COLESTEROL REACTIVO PRECIPITANTE DE 250 ML CADA UNO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 18 AMILASA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5** **AMILASA LIQUIDA PRESENTACIÓN 6X 50 ML. MINIMO 300 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 19 CALCIO SÉRICO COLORIMÉTRICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CALCIO PRESENTACIÓN 6 X 100 ML MÁS ESTÁNDAR. MINIMO 600 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 20 HIERRO SÉRICO COLORIMÉTRICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO (1)4X20 ML, REACTIVO (2) 1X20 ML, 3 ML DE ESTÁNDAR PARA DETERMINACIÓN DE HIERRO EN SANGRE MINIMO 120 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 21 MAGNESIO**

**I**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN 2 X 100 ML. ESTÁNDAR 3 ML. MINIMO 200 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 22 REACTIVO PACK DE NA, CA K**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO PARA ANALIZADOR DE ELECTROLITOS. EQUIPO MARCA MÉDICA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 23 FOSFORO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACION DE 2X100 ML. ESTANDAR 3 ML. MINIMO 200 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 24 PCR (PROTEINA C REACTIVA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO ANTICUERPOS ESPECÍFICOS, PARA MÍNIMO 100 DETERMINACIONES CON CONTROLES POSITIVO Y NEGATIVO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 25 ASTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO CON UN MÍNIMO DE 100 DETERMINACIONES CON CONTROLES POSITIVO Y NEGATIVO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 26 LATEX FR DIRECTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO CON UN DE MÍNIMO DE 100 DETERMINACIONES. CON CONTROLES POSITIVO Y NEGATIVO** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 27 RPR CARBÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PARA MINIMO 500 DETERMINACIONES CON CONTROLES POSITIVOS Y NEGATIVOS** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 28 CHAGAS HAI POLINCHACO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CHAGAS HAI PARA MINIMO 96 DETERMINACIONES. CON CONTROLES POSITIVOS Y NEGATIVOS** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 29 HCG CUALITATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CAJA Y/O BOLSA DE MÍNIMO 100 DETERMINACIONES. PRUEBA CUALITATIVA. ESPECIFICIDAD 99,9%, SENSIBILIDAD 99,9%, PRECISIÓN 99,9%.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 30 TIRAS REACTIVAS DE ORINAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FRASCO POR 100 TIRAS QUE MIDA LOS SIGUIENTES. PARAMETROS: GLUCOSA, BILIRRUBINAS, CETONAS, DENSIDAD, SANDRE O HEMOGLOBINA, PH, PROTEINAS, UROBILINOGENO, NITRITOS, Y LEUCOCITOS. MINIMO 100 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 31 ROTAVIRUS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN DE MÍNIMO 20 DETERMINACIONES, DILUYENTE DE ENSAYO PARA MUESTRAS BIOLÓGICAS.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 32 SANGRE OCULTA EN HECES**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN DE MÍNIMO 25 DETERMINACIONES, DILUYENTE DE ENSAYO PARA MUESTRAS BIOLÓGICAS. SENSIBILIDAD 97,6%, ESPECIFICIDAD DEL 99,3%, PRECISIÓN 98,9%.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 33 FOSFATASA ALCALINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FOSFATASA ALCALINA IFCC 5X80 ML REACTIVO 1, 1X100 ML REACTIVO 2. PARA MINIMO 500 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 34 VDRL TEST**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. VDRL TEST MÍNIMO PARA 250 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 35 HIERRO COLOR TRANSFERRINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FRASCO COLOR CARAMELO CON ADSORVENTE GRANULADO AA MINMO 50 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 36 DILUYENTE REACTIVO PARA COULTER X 20 LITROS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FRASCO DE PLÁSTICO PARA MINIMO 1100 DETERMINACIONES, PARA CONTADOR HEMATOLOGICO. (SYSMEX).** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 37 GLUCOSA ANHIDRA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. BOLSA CON CAPACIDAD MÍNIMO DE 1 KG DE GLUCOSA EN POLVO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 38 LDH**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. L.D.H DESHIDROGENASA LÁCTICA 5X20 ML REACTIVO 1, 1X25 ML REACTIVO 2, MINIMO DE 125 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 39 REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨O¨**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5** **ANTÍGENO FEBRIL MÍNIMO 100 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 40** **REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨H¨**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. ANTÍGENO FEBRIL MÍNIMO 100 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 41 REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨A¨**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. ANTÍGENO FEBRIL MÍNIMO 100 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 42 REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL ¨ B ¨**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. ANTÍGENO FEBRIL MÍNIMO 100 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 43 ACIDO URICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ÚRICO ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO 4X100 ML, 1X3 ML ESTANDAR MINIMO 400 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 44 SUEROS CONTROLES NORMALES.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5.** **SUEROS CONTROLES NORMALES NIVELES 2 DE TERCERA OPINION (20 FRASCOS X 5 ML)** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 45 PLASMA CONTROL NORMAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CONTROL DE PLASMA 10 FRASCOS DE 1 ML** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 46 REACTIVOS DE PLAQUETAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: CADA FRASCO CONTIENE 50 ML PARA MINIMO 120 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 47 CPK NAC**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CPK NAC PRESENTACIÓN 5X20 ML REACTIVO 1, 1X25 ML REACTIVO 2. MINIMO 125 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 48 CPK MB**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CK-MB PRESENTACIÓN 5X20 ML REACTIVO 1, 1X25 ML REACTIVO 2. MINIMO 125 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 49 SUEROS DE COOMBS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| 1. **PRESENTACIÓN: FRASCO DE 10 ML PREVISTO DE GOTERO. PARA MÍNIMO 200 DETERMINACIONES.**
 |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 50 CONTROL DE CALIDAD PARA ION SELECTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CONTROLES CON NIVELES: ALTO, MEDIO Y BAJO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 51 EBG REACTIVO PACK 800 ML**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO PARA ANALIZADOR DE GASES EN SANGRE PARA EQUIPOS DE LA LÍNEA MÉDICA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 52 TROPONINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CAJA Y/O BOLSA DE MÍNIMO 40 DETERMINACIONES CON. PRUEBA CUALITATIVA.SENCIBILIDAD 98,8%,ESPECIFICIDAD 98,9%.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 53 FIBRINÓGENO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FIBRINÓGENO PARA MINIMO 100 DETERMINACIONES 10 X 2 ML (MULTIFIBREN U)** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 54 SUEROS CONTROLES PATOLÓGICOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. SUEROS CONTROLES NORMALES NIVELES 3 TERCERA OPINION (20 FRASCOS X 5 ML)** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 55 CONTROL DE CALIDAD HEMATOLÓGICO (BAJO, MEDIO, ALTO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FRASCO EN NÚMERO DE 1 VIALES DE 1,5 ML LIOFILIZADO. NIVEL 1 Y NIVEL 2.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal***

**ITEM 56 AUTO CALIBRADORES PARA QUÍMICA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. KIT CON 6 VIALES C/U CON 3 ML** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 57 ANTI D PARA TIPIFICACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. ANTI RH.FRASCO CON 10 ML PARA MINIMO 200 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 58 CONTROL DE CALIDAD PARA GASÓMETRO.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CONTROLES CON NIVELES: 1, 2, 3 LÍNEA MEDICA** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 59 TROMBOPLASTINA CÁLCICA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CAJA CON 10 VIALES A PREPARAR CON 4 ML DE AGUA DESTILADA. MINIMO 200 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 60 TEST RÁPIDO PARA DETERMINACIÓN DE VIH**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PAQUETES CON MÍNIMO100 DETERMINACIONES CON SENCIBILIDAD 99.9 % Y ESPECIFICIDAD DEL 99.9% . PRUEBA CUALITATIVA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 61 GIEMSA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: FRASCO DE PLÁSTICO DE VOLUMEN 2,5 LITROS** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 62 ELISA PARA CHAGAS IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 192 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 192 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 63 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO PSA TOTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 Ml** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

***V(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 64 HEPATITIS ANTI HAV IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 65 HEPATITIS ANTI HAV IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 66 HEPATITIS ANTI HBS AG AUSTRALIA DE SUPERFICIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 67 HELICOBACTER PYLORI IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 68 TOXOPLASMA IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6. LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS.** |  |

***V(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 69 HELICOBACTER PYLORI IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A ,1 SUSTRATI B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 70 ANTÍGENO CARCÍGENO EMBRIONARIO (CEA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6. LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS**. |  |

***V(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 71 TIROGLOBULINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

***V(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 72 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIBRE.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADORES EN # 5 -6 Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

***V(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 73 ALFA FETOPROTEINA (AFP)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

***V(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 74 INMUNOGLOBULINA IGE**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 75 RUBEOLA IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 76 RUBEOLA IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 77 SIFILIS IGG/IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. KIT PARA MINIMO 50 DETERMINACIONES. PRUEBA RÁPIDA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 78 ANTICUERPO ANTITIROIDEO (ATG)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 79 ANTICUERPO PEROXIDAZA (TPO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 80 HEPATITIS C**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 81 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 82 ANTI DNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 83 CA 15,3**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 84 CA 125**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 85 INMUNOGLOBULINA IGA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PLACA DE INMUNODIFUSIÓN RADIAL MÍNIMO12 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 86 INMUNOGLOBULINA IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PLACA DE INMUNODIFUSIÓN RADIAL MÍNIMO12 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 87 INMUNOGLOBULINA IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PLACA DE INMUNODIFUSIÓN RADIAL MÍNIMO12 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 88 COMPLEMENTO C3**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PLACA DE INMUNODIFUSIÓN RADIAL MÍNIMO12 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 89 COMPLEMENTO C4**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PLACA DE INMUNODIFUSIÓN RADIAL MÍNIMO12 DETERMINACIONES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 90 LISANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. REACTIVO PARA CONTADOR HEMATOLÓGICO (SYSMEX XP 300) FRASCO DE PLÁSTICO TRANSPARENTE CAPACIDAD DE 500 ML.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 91 HCG CUANTITATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5** **1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 92 DESPROTEINIZADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FRASCO DE 125 ML PARA EQUIPO SYSMEX. MINIMO 125 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 93 PAPEL PH**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. ENVASE DE PLÁSTICO CON PAPEL PH UNIVERSAL EN SU INTERIOR.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 94 SOLUCIÓN DE LAVADO PARA QUÍMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. KIT CON PRESENTACIÓN 6X200 ML. RESPONS 920** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 95 SOLUCIÓN DESPROTEINIZANTE PARA QUÍMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. KIT CON PRESENTACIÓN DE 4X60 ML (A) (B) RESPONS 920** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 96 TOXOPLASMA IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 97 INSULINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 98 T3 TOTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6. LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 99 T4 TOTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 100 T4 LIBRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 101 TSH (TIROTROPINA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6. LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 102 FSH**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 103 LH**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 104 ESTRADIOL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 105 PROGESTERONA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 106 PROLACTINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 107 FERRITINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 108 HORMONA DE CRECIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 109 TESTOSTERONA TOTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 110 SUBSTRATO QUIMIOLUMINISCENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CAJA CON 3 PARES DE STARTER BUFFER 1. HIDRÓXIDO DE SODIO NA OH DE 230 ML, Y STARTER BUFFER 2. PERÓXIDO DE HIDROGENO 2 H2 O2 DE 230 ML.** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 111 SOLUCIÓN DE LAVADO PARA QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CAJA CONCENTRADO PARA LAVADO DE 714 ML ( 1 FRASCOS)** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 112 SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5** **1 CAJA CONCENTRADO DE CLEANING SOLUCIÓN DE 500 ML.** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 113 CONTROL DE CALIDAD PARA QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. SUEROS CONTROLES NORMAL Y PATOLÓGICO (1X2 ML) NIVEL 1 (1X2ML) NIVEL 2.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 114 LÍQUIDO DE LIMPIEZA PARA LÁMPARA DE QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CAJA DE 5 FRASCOS DE VIDRIO CON VOLUMEN DE 2 ML LIGHT CHECK SOLUCIÓN DE DESEMPEÑO DE CÁMARA DE LUZ.** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 115 CORTISOL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 116 CA 19,9**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 117 HELICOBACTER PYLORI EN HECES FECALES.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN DE MÍNIMO 25 DETERMINACIONES, DILUYENTE DE ENSAYO PARA MUESTRAS BIOLÓGICAS. SENSIBILIDAD 98,8%, ESPECIFICIDAD DEL 98,4%, PRECISION 98,6%.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 118 ENA (PANEL)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 10 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 119 ANTI CCP**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN KIT QUE CONTIENE 1 CONJUGADO 15 ML, 1 SUSTRATO 15 ML,2 VIALES DE TAMPÓN DILUCIÓN 35 ML, SOLUCIÓN STOP 15 ML, 2 VIALES DE LAVADO 35 ML, 5 CALIBRADORES, CONTROL POSITIVO, CONTROL NEGATIVO, MICRO PLACA CON 96 POCILLOS. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 120 CITOMEGALOVIRUS IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 121 CITOMEGALOVIRUS IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 122 EPSTEIN BARR IGG**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 123 EPSTEIN BARR IGM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: KIT QUE CONTIENE 1 DILUYENTE DE MUESTRA,1 CONJUGADO,1 SUBSTRATO A 1 SUBSTRATO B,1 SOL DE STOP,1 SOL DE LAVADO,1 CONTROL POSITIVO,1 CONTROL NEGATIVO, CALIBRADOR Y 96 MICRO POCILLOS CON ANTÍGENO ESPECÍFICO. MINIMO 96 DETERMINACIONES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 124 ANTICUERPO IGG PARA COVID**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 125 ANTICUERPO IGM PARA COVID**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5** **1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 126 DIMERO D**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. 1 CASSETTE QUE CONTIENE.****POCILLO 1 MICRO PERLAS NANO MAGNÉTICAS: SOLUCIÓN AMORTIGUADORA TRIS, 1.2% (P/V), 0.2% NAN3, RECUBIERTA CON ANTICUERPO POLICLONAL DE OVEJA ANTI-FITC. 2.5 ML.** **POCILLO 2 CALIBRADOR BAJO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML** **POCILLO 3 CALIBRADOR ALTO: SUERO BOVINO, NAN3 AL 0.2% 3.0 ML****POCILLO 4 BUFFER OPCIONAL****POCILLO 5 ETIQUETA FITC: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO FITC, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 6 ETIQUETA ABEI: ANTICUERPO MONOCLONAL ETIQUETADO ABEI, QUE CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%.6.5 ML****POCILLO 7 AL VACÍO OPCIONAL PARA DILUCIÓN** **1 FRASCO DE VIDRIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO: CONTIENE BSA, NAN3 AL 0.2%. 2.0 ML** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 127 HEPATITIS B**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CAJA Y/O BOLSA CON 25 PRUEBAS RÁPIDAS.SENSIBILIDAD 99%, ESPECIFICIDAD DEL 96,7%, PRECISION 98,3%.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 128 HEPATITIS C**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. CAJA Y/O BOLSA CON 25 PRUEBAS RÁPIDAS.SENSIBILIDAD 99%, ESPECIFICIDAD DEL 96,7%, PRECISION 98,3%.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 129 CONTROLES DE CALIDAD PARA MARCADORES TUMORALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. FRASCO DE 2 ML NIVEL 1, NIVEL 2** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

 **FORMULARIO N° 3 b)**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS INSUMOS DE LABORATORIO**

**ITEM 1 TUBOS CAPILARES SIN HEPARINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. FRASCO CON 500 UNIDADES SIN HEPARINA** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 2 FRASCOS RECOLECTORES DE HECES FECALES.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **5. MATERIAL DE PLÁSTICO, CAPACIDAD DE 50 ML CON TAPA ROSCA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 3 FRASCOS RECOLECTORES DE ORINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. MATERIAL DE PLÁSTICO ESTÉRIL, CAPACIDAD DE 100 ML CON TAPA ROSCA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 4 MICROTUBOS EPPENDORF**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSAS CON 1000 UNIDADES MINIMO DE MATERIAL DE PLÁSTICO DESCARTABLE CON VOLUMEN MINIMO 1,5 ML.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 5 PIPETAS PASTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **5. BOLSA O CAJA DE 500 ML. MATERIAL DE PLÁSTICO CAPACIDAD 1-3 ML.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 6 SOLUCION DE NOIN**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CAJA CON 6 FRASCOS DE PLÁSTICO DE 500 ML AL 1%** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 7 MICROTUBOS CON EDTA PEDÍATRICOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. TUBOS DE PLÁSTICO DE 1 ML MÁXIMO. CON BASE CONICA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 8 MICROTUBOS CON CITRATO PEDÍATRICOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. TUBOS DE PLÁSTICO DE 1 ML MÁXIMO CON BASE CONICA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 9 TIPS AMARILLOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSAS CON 1000 UNIDADES MINIMO PLÁSTICO DESCARTABLE CUYAS MEDIDAS SON DE 0 - 200 UL** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 10 TIPS AZÚLES**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSAS DE 1000 UNIDADES MINIMO DE PLÁSTICO GRADUABLES CUYAS MEDIDAS SON 200 -1000 UL.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 11 TIPS BLANCOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSAS CON 1000 UNIDADES MINIMO PLÁSTICO DESCARTABLE CUYAS MEDIDAS SON DE 0,1-10 UL.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 12 TUBOS AL VACÍO CON EDTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. PRESENTACIÓN: CAPACIDAD DE 2 ML - 3 ML DE SANGRE MAXIMO. MATERIAL DE PLÁSTICO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 13 TUBOS AL VACIO CON CITRATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple)** |  |
| **5. PRESENTACIÓN: CAPACIDAD DE 2 ML - 3 ML DE SANGRE. MATERIAL DE PLÁSTICO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 14 TUBOS DE HEMOLISIS 12 X 75 MM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CAJA DE TUBOS DE VIDRIO O PLÁSTICO CUYAS MEDIDAS SON 12 X 75 MM PARA LECTURA DE PRUEBAS. PRESENTACIÓN: 4 X 250 UNIDADES TOTAL 1000 TUBOS.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 15 TUBOS DE HEMOLISIS 16 X 100 MM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CAJA DE TUBOS DE PLÁSTICO Y/O VIDRIO CON ACELERADORES Y/O ADITIVOS DE LA COAGULACIÓN, MEDIDAS 16 X 100 MM. PRESENTACIÓN: CAJA CON 1200 TUBOS.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 16 PORTA OBJETOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CAJA QUE CONTIENE 50 PAQUETES CON 50 LAMINAS DE VIDRIO EN SU INTERIOR HACIENDO UN TOTAL DE 2500 UNIDADES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 17 CUBREOBJETOS 22X22 MM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CAJA QUE CONTIENE 10 PAQUETES CON 100 LÁMINAS DE VIDRIO EN SU INTERIOR HACIENDO UN TOTAL DE 1000 UNIDADES.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 18 PAPEL PARAFILM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. SELLANTE PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN DE LAS MUESTRAS. PRESENTACIÓN: UNIDADES DE ROLLO** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 19 CEPILLOS PARA LAVAR TUBOS P**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CABO METÁLICO CON CERDAS DE 15 -20 CM** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 20** **TUBOS DE REACCIÓN O COPAS/PARA MUESTRAS DE QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. LSCP BOLSA O CAJA DE 2304 UNIDADES DE COPAS DE MUESTRA DESCARTABLE.** |  |
| **6.** LAS EMPRESAS DEBEN OFERTAR LA PROVISIÓN EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, DE UN EQUIPO DE PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA EN EL MÉTODO DE INMUNOQUIMIOLUMINISCENCIA CORRIENDO CON LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO, ADEMÁS DEL SEGURO CONTRA RIESGOS. |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 21 MULTICUBETAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSA CON 5 RACK DE 15 CELDAS MATERIAL DE PLÁSTICO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 22 BARRAS MAGNÉTICAS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. FRASCO CON 1000 UNIDADES MINIMO CUYAS MEDIDAS 5 - 6 MM DE LARGO.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 23 CUBETAS PARA COAGULÓMETRO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSA DE 1000 PIEZAS MINIMO MATERIAL DE PLÁSTICO DESCARTABLE.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 24 PAPEL TÉRMICO DE 5,6 CM DE ANCHO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. ROLLO DE PAPEL CUYAS MEDIDAS SON DE 5,6 CM** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 25 SOLUCIÓN LUGOL AL 5 %**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. FRASCO DE PLÁSTICO DE CAPACIDAD DE 1000 ML.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 26 PRO PIPETAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. MATERIAL DE PLÁSTICO PARA VOLÚMENES DE 10 ML** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 27 CARTUCHO PARA GASÓMETRO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CAJA DE CARTUCHO CON 25 UNIDADES.(ABBOTT)** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 28 PIPETAS PARA DISPENSADORES**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSA DE MATERIAL DE PLÁSTICO VOLUMEN 5 - 10 ML.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 29 APLICADOR DE MADERA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. BOLSA CON 100 UNIDADES** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 30 SOLUCIÓN LECO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. PRESENTACIÓN: CAJA QUE CONTIENE 12 FRASCOS CADA UNO CON 1 LITRO DE SOLUCIÓN.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 31 DESINCRUSTANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. FRASCO DE 2.5 LITROS. PARA LAVADO DE POLI CUBETAS.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 32 SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA GASÓMETRO E ION SELECTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. SOLUCIÓN DE LAVADO DIARIA PARA ANALIZADOR DE ELECTROLITOS. LINEA MÉDICA** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 33 TUBOS CAPILARES CON HEPARINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. FRASCO CON 500 UNIDADES CON HEPARINA.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 34 PAPEL TERMICO DE 12 CM DE ANCHO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. ROLLO DE PAPEL CUYAS MEDIDAS SON DE 12 CM.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

**ITEM 35 TUBOS DE HEMÓLISIS 13 X 100 MM**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**  | **PROPUESTA** |
|
| **1.  Nombre del Producto** |  |
| **2. Marca** |  |
| **3. Procedencia** |  |
| **4. CAJA DE TUBOS DE PLÁSTICO Y/O VIDRIO CUYAS MEDIDAS SON 13 X 100 MM. CUYO VOLUMEN ES 6 ML CON ACELERADORES Y/O ADITIVOS DE LA COAGULACIÓN. PRESENTACIÓN CAJA DE 1000 TUBOS.** |  |

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

***(Nombre completo del representante legal)***

##

**FORMULARIO N° 4 a)**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**PROPUESTA ECONÓMICA PARA REACTIVOS DE LABORATORIO**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre del Producto** | **Presentación** | **Procedencia** | **Marca** | **Unidad de Manejo** | **Plazo de Entrega** | **Precio unitario ofertado en Bs** | **Obs.** |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

La entrega de los Reactivos de Laboratorio será a requerimiento de la Caja de Salud de la Banca Privada y el plazo de entrega no podrá superar los 15 días calendario, una vez realizada la solicitud.

* **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**FORMULARIO N° 4 b)**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**PROPUESTA ECONÓMICA PARA INSUMOS DE LABORATORIO**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre del Producto** | **Presentación** | **Procedencia** | **Marca** | **Unidad de Manejo** | **Plazo de Entrega** | **Precio unitario ofertado en Bs** | **Obs.** |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

La entrega de los Reactivos de Laboratorio será a requerimiento de la Caja de Salud de la Banca Privada y el plazo de entrega no podrá superar los 15 días calendario, una vez realizada la solicitud.

* **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**MODELO**

**CONTRATO DE CONTRATACION DE SERVICIOS**

**CITE: ASES. LEG. REG. N° \_\_\_/2023**

Conste por el presente documento privado un **Contrato de Compra de Insumos y Reactivos para Laboratorio,** que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**PRIMERA. (PARTES).**

Son Partes del presente Contrato:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**, representada legalmente en la Regional Santa Cruz, por el **Lic. Doenitz Bismark Sultzer Claure**, con CI No. 3891998 SC, **Administrador Regional** y el **Dr. Miguel Raúl Cardona Cuéllar,** con CI No. 3187849 SC, **Jefe Médico Interino**, según Poder No. 2422/2022, de 06 de diciembre de 2022, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 093, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo del Abg. Marcelo Javier Tórres Mallea, que en adelante se denominará la **CSBP**.
	2. La empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita en el Registro de Comercio administrado por SEPREC, bajo la Matricula No. \_\_\_\_\_\_, con NIT No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y representada legalmente por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CI No. \_\_\_\_\_\_\_\_, mediante Testimonio de Poder No. \_\_\_/\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. \_\_\_, del Distrito Judicial de Santa Cruz de la Sierra, a cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en adelante se denominará el **PROVEEDOR.**
	3. A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como Partes y de manera individual como Parte.

**SEGUNDA. (ANTECEDENTES).**

2.1. En cumplimiento del Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3, aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, se ha llevado a cabo el proceso de contratación bajo la modalidad de Contrato Marco No. \_\_\_/2023, para la **Compra de Insumos y Reactivos para Laboratorio,** para la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP.**

2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación No. SC-CO-I-CM-\_\_-2023.

2.3. Habiéndose emitido la No Objeción Administrativa, así como la Aprobación del Gasto y Adjudicación, mediante Nota SC-BS-NOT-\_\_\_-2023, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, se ha adjudicado a favor del **PROVEEDOR** la **Compra de Insumos y Reactivos para Laboratorio,** para la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP**,de los ítems \_\_\_\_\_\_\_\_,por lo que en atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_ de 2023, registrada mediante Hoja de Ruta \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

El objeto del presente Contrato es establecer los términos y condiciones a que se sujetará la **Compra de Insumos y Reactivos para Laboratorio**, en adelante los **BIENES**, de acuerdo a las condiciones establecidas en las siguientes cláusulas.

**CUARTA. (CONDICIONES GENERALES).**

Las condiciones en cuanto a calidad, plazos, recepción y demás características de la compra de **Compra de Insumos y Reactivos para Laboratorio**, que deberá cumplir el **PROVEEDOR**, son las que se encuentran debidamente detalladas en las Especificaciones Técnicas de esta adquisición y en la propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

## QUINTA. (PRECIO Y FORMA DE PAGO).-

La **CSBP,** de acuerdo al siguiente detalle,cancelará un precio total de **Bs\_\_\_\_\_\_.- (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00/100 BOLIVIANOS)**, previa presentación de la factura y de la nota o acta de recepción firmada y sellada por el responsable de la **CSBP**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº ÍTEM** | **DESCRIPCION ÍTEM** | **CANTIDAD** | **COSTO UNITARIO**  | **COSTO TOTAL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **TOTALES** |  |  |  |

El pago se efectuará mediante cheque a nombre del **PROVEEDOR**.

**SEXTA. (PLAZO).**

El plazo de entrega de los **BIENES** será a requerimiento de la **CSBP**. Dicho plazo no excederá los quince (15) días calendario, plazo que se computará a partir del momento en que la **CSBP** le haga conocer su requerimiento.

**SEPTIMA. (COORDINACION).**

El **PROVEEDOR**, a través de su representante legal, se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la ejecución del presente Contrato.Para el efecto, se realizarán las reuniones de coordinación que se consideren convenientes a criterio de la **CSBP**, en la que participarán además del representante legal del **PROVEEDOR** y de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente.

**OCTAVA. (RESPONSABILIDADES).**

La **CSBP** ha adjudicado la presente compra en favor del **PROVEEDOR,** basándose en los antecedentes de calidad, responsabilidad, experiencia y prestigio del **PROVEEDOR,** por lo que éste se compromete al cumplimiento del objeto del presente Contrato en óptimas condiciones, principalmente, en cuanto a la calidad, origen, vigencia y estado de los **BIENES**, no pudiendo transferir o subrogar a terceros las obligaciones asumidas.

**NOVENA. (MULTAS).**

La **CSBP** ante el incumplimiento del **PROVEEDOR** respecto de las obligaciones asumidas en este Contrato, aplicará una multa equivalente al cero punto tres por ciento (0.3%) del importe correspondiente a los **BIENES** que falten entregar, por cada día de atraso en la entrega.

**DECIMA. (RESOLUCION).**

El presente Contrato concluirá por una de las siguientes causas:

 **10.1. Por Cumplimiento de Contrato:**  De forma normal, tanto la **CSBP** como el **PROVEEDOR**, darán por terminado el presente Contrato, una vez que ambas Partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en él; aspecto que se hará constar por escrito, mediante el Certificado de Cumplimiento de Contrato emitido por la **CSBP**.

 **10.2. Por Resolución del Contrato:** Si se diera el caso, la **CSBP** podrá resolver el presente Contrato de **manera unilateral y sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza**, por las siguientes causales:

a) Disolución de la empresa del **PROVEEDOR**.

b) Quiebra declarada de la empresa del **PROVEEDOR**.

c) Suspensión de la provisión sin justificación por parte del **PROVEEDOR.**

d) Incumplimiento injustificado del plazo de entrega o el cronograma de entregas de la provisión sin que el **PROVEEDOR** haya tramitado ante la **CSBP** la ampliación de plazo.

e) Si el **PROVEEDOR** entrega **BIENES** no adjudicados en calidad de sustitución, cambio o reemplazo no autorizadospor la **CSBP.**

f)A exclusiva decisión de la **CSBP**, cuando los montos acumulados por concepto de multas sean iguales o superiores al 10% del valor total del Contrato.

g) De manera obligatoria, cuando la suma de las multas acumuladas alcance al 20% del valor total del Contrato.

**10.3. Reglas aplicables a la Resolución:** Para proceder a la resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas, la **CSBP** dará aviso escrito mediante carta notariada al **PROVEEDOR** de su intención de resolver el Contrato, estableciendo claramente la causal que se aduce.

Si dentro de los diez (10) días calendario siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de la provisión y se tomaran las medidas necesarias para continuar normalmente con las estipulaciones del contrato, la **CSBP** expresará por escrito su conformidad a la solución y la nota de intención de Resolución será retirada.

**DECIMO PRIMERA. (IMPOSIBILIDAD SOBREVINIENTE POR CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO).**

La **CSBP** ni el **PROVEEDOR** serán responsables por el incumplimiento de sus obligaciones respectivas, en caso de eventos conceptuados como fortuitos o fuerza mayor. Se entiende por fuerza mayor al obstáculo externo, imprevisto o inevitable, que origina una fuerza extraña al hombre y que impide el cumplimiento de la obligación (ejemplo: incendio, inundaciones y otros desastres naturales). Se refuta como caso fortuito, al obstáculo interno atribuible al hombre, imprevisto o inevitable, proveniente de las condiciones mismas en que la obligación debía ser cumplida (ejemplo: conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.). Cualquier suspensión de la ejecución en estos casos, será limitada al periodo en que la causa o sus consecuencias existieren. Si la imposibilidad resultante permaneciera por más de 30 días hábiles, cualquiera de las Partes podrá optar por la resolución del Contrato, quedando en este caso obligadas las Partes al cumplimiento de las obligaciones recíprocamente debidas hasta la fecha del comienzo de dicha imposibilidad.

**DECIMO SEGUNDA. (DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO).**

Forman parte del presente Contrato: El Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, las Especificaciones Técnicas del proceso de contratación que da lugar a la suscripción del presente Contrato y la propuesta presentada por el **PROVEEDOR**.

**DECIMO TERCERA. (DE LA NATURALEZA DE LA RELACION CONTRACTUAL).**

El presente Contrato es de naturaleza civil, convenido dentro del marco previsto por el Art. 584 y siguientes del Código Civil Boliviano, no existiendo por tanto ninguna relación laboral entre las Partes.

**DECIMO CUARTA. (DOMICILIO).**

Las Partes, para todas las incidencias del presente Contrato, constituyen como domicilio especial, a efecto de su notificación:

* **CSBP** - Calle Eucaliptos s/n entre Calle Palmeras y Condominio Britania, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.
* **PROVEEDOR -** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

**DECIMO QUINTA. (ACEPTACION).**

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente Contrato en tres (3) ejemplares de un mismo tenor y valor legal, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, a los \_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_ del año dos mil veintitrés.

|  |  |
| --- | --- |
| **DR. MIGUEL R. CARDONA CUELLAR****JEFE MEDICO REGIONAL a.i.** | **LIC. DOENITZ B. SULTZER CLAURE****ADMINISTRADOR REGIONAL** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONTRATADA**