

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### SC-CMA-012-2024

**PRIMERA CONVOCATORIA**

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

**Santa Cruz, Abril de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO SC-CMA-012-2024**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Santa Cruz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **PROVISION DE REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO** |
| Tipo de Convocatoria: **CONTRATO MARCO** |
| Forma de adjudicación: **POR ITEM** |
| Sistema de evaluación y adjudicación: **CUMPLE/NO CUMPLE** |
| Encargados de atender consultas: Lic. Genni Hiza R.  Lic. Wendy Oropeza R. |
| Correo electrónico: [genni.hiza@csbp.com.bo](mailto:genni.hiza@csbp.com.bo)  [wendy.oropeza@csbp.com.bo](mailto:wendy.oropeza@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 3427676 int. 3428 |

**CONTRATO MARCO N° 012-2024 “PROVISION DE 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 | 05/04/2024 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Inspección Previa | - | - | No Corresponde |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:  11/04/24 | Hasta  Hrs. 16:00 | Dirigidas a:  [genni.hiza@csbp.com.bo](mailto:genni.hiza@csbp.com.bo)  [wendy.oropeza@csbp.com.bo](mailto:wendy.oropeza@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | 15/04/24 | 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:  23/04/24 | Hasta:  Hrs. 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) – **Unidad de Compras** |
| 6 | Apertura de Ofertas. | 23/04/24 | Hrs. 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) – **Sala de Reuniones** |
| 7 | Resultado Del Proceso | 27/05/24 | | Notificación a los proponentes. |

(\*) 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 Nº051/2023 del 14 de agosto de 2023, 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. Álvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero  Dr. Jhemis Molina Gerente Médico a.i.   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Carlos Quiroga Gerente General  Lic. Álvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero  Dr. Jhemis Molina Gerente Médico |
| 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. **RESPONSABILDAD** | 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. |
| 1. **MULTAS** | La **CSBP** ante el incumplimiento de las obligaciones asumidas por la **CONTRATADA** aplicará una multa equivalente al cero punto tres por ciento (0.3 %) por día de retraso en la entrega de los ítems adjudicados, una vez solicitados. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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)** de Especificaciones Técnicas de Reactivos de Laboratorio, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** * Formulario **N° 3 b)** de Especificaciones Técnicas de Insumos de Laboratorio, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**   * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 4** **a)** Propuesta Económica Reactivos de Laboratorio, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 4** **b)** Propuesta Económica Insumos de Laboratorio, 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, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. 3. Para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de 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 o electrónica.  **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. Unidad de Compras ***……………………………………………………………..***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: SC-CMA-012-2024**  **“PROVISION DE REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO”**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas 14:15 del día 09** **de octubre de 2023**  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 o sus representantes que hayan decidido asistir.  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 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** | El método de Calificación correspondiente a la presente modalidad es de **cumple / no cumple**, es decir que la CSBP podrá suscribir contrato con el o los proveedores que cumplan con todas las condiciones técnicas y legales, establecidas en la convocatoria. (independientemente del precio ofertado)  **Nota:**  La CSBP se reserva el derecho de administrar la provisión del servicio en función a conveniencia técnica, económica o por necesidad institucional. |
| 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 (10) 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, ítems o lotes, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de aclaración 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 dejará sin efecto la adjudicación y se evaluara al segundo con menor precio ofertado.  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. |
| 1. **CANAL DE DENUNCIAS** | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo). |

|  |
| --- |
| **PARTE IV**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** |
| La Caja de Salud de la Banca privada Regional Santa Cruz requiere la PROVISIÓN DE REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO por **EVENTO,** 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 vencimiento   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 Reactivos de Laboratorio Clínico deberán ser entregados en almacenes Central de Regional Santa Cruz, según coordinación previa con los proveedores a requerimiento escrito de la CSBP, 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.   1. **DETALLE DE REACTIVOS DE LABORATORIO REQUERIDOS**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°** | **CODIGO** | **REACTIVO** | **UNIDAD** | **CONSUMO ANUAL ESTIMADO** | | 1 | RL-93-00 | PROTI U | SET | 9 | | 2 | RL-08-00 | ACEITE DE CEDRO | FRASCO | 1 | | 3 | RL-10-01 | ANTI A Y B | FRASCO | 24 | | 4 | RL-12-00 | APTT | SET | 9 | | 5 | RL-13-00 | GLUCOSA | SET | 12 | | 6 | RL-14-00 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | SET | 11 | | 7 | RL-16-00 | CREATININA CENETICA | SET | 14 | | 8 | RL-17-00 | UREA | SET | 12 | | 9 | RL-19-00 | BILIRRUBINA | SET | 4 | | 10 | RL-20-00 | GOT | SET | 9 | | 11 | RL-21-00 | GPT | SET | 9 | | 12 | RL-22-00 | GGT | SET | 9 | | 13 | RL-23-00 | LDL COLESTEROL. | SET | 30 | | 14 | RL-25-00 | PROTEÍNAS TOTALES Y ALBÚMINA | SET | 2 | | 15 | RL-26-00 | COLESTEROL | SET | 14 | | 16 | RL-27-00 | TRIGLICERIDOS | SET | 8 | | 17 | RL-28-00 | HDL-COLESTEROL | SET | 19 | | 18 | RL-29-00 | AMILASA | SET | 7 | | 19 | RL-30-00 | CALCIO SÉRICO COLORIMÉTRICO | SET | 4 | | 20 | RL- 31-00 | HIERRO SÉRICO COLORIMÉTRICO | SET | 9 | | 21 | RL-32-00 | MAGNESIO | SET | 12 | | 22 | RL-33-00 | REACTIVO PACK DE NA CA K | SET | 15 | | 23 | RL-35-00 | FOSFORO | SET | 6 | | 24 | RL-36-00 | PCR (PROTEINA C REACTIVA) | SET | 50 | | 25 | RL-37-00 | ASTO | SET | 3 | | 26 | RL-38-00 | LATEX FR DIRECTO | SET | 8 | | 27 | RL-39-00 | RPR CARBÓN | SET | 4 | | 28 | RL-50-00 | CHAGAS HAI POLINCHACO | SET | 5 | | 29 | RL-51-00 | HCG CUALITATIVA | CAJA | 36 | | 30 | RL-69-00 | TIRAS REACTIVAS DE ORINAS | TUBO | 165 | | 31 | RL-71-00 | ROTAVIRUS | CAJA | 55 | | 32 | RL-72-00 | SANGRE OCULTA EN HECES | PIEZA | 1200 | | 33 | RL-73-00 | FOSFATASA ALCALINA | SET | 6 | | 34 | RL-80-00 | VDRL TEST | SET | 20 | | 35 | RL-01-01 | DILUYENTE REACTIVO PARA COULTER X 20 LITROS | FRASCO | 70 | | 36 | RL-15-01 | GLUCOSA ANHIDRA | FRASCO | 10 | | 37 | RL-23-01 | LDH | SET | 6 | | 38 | RL-40-01 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL O | FRASCO | 25 | | 39 | RL-40-02 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL H | FRASCO | 25 | | 40 | RL-40-03 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL A | FRASCO | 25 | | 41 | RL-40-04 | REACCIÓN DE WIDAL AG FEBRIL B | FRASCO | 25 | | 42 | RL-51-04 | ACIDO URICO | SET | 12 | | 43 | RL-71-01 | SUEROS CONTROLES NORMALES. | SET | 2 | | 44 | RL-71-03 | PLASMA CONTROL NORMAL | SET | 4 | | 45 | RL-99-01 | REACTIVOS DE PLAQUETAS | FRASCO | 3 | | 46 | RL-106-00 | CPK NAC | SET | 4 | | 47 | RL-111-00 | CPK MB | SET | 2 | | 48 | RL-120-00 | SUEROS DE COOMBS | SET | 6 | | 49 | RL-186-00 | CONTROL DE CALIDAD PARA ION SELECTIVO | SET | 8 | | 50 | RL-190-00 | EBG REACTIVO PACK 800 ML | FRASCO | 10 | | 51 | RL-195-00 | TROPONINA | TACOS | 320 | | 52 | RL-200-00 | FIBRINÓGENO | KIT | 6 | | 53 | RL-109-00 | SUEROS CONTROLES PATOLÓGICOS. | SET | 2 | | 54 | RL-283-00 | CONTROL DE CALIDAD HEMATOLÓGICO (BAJO, MEDIO, ALTO) | FRASCO | 60 | | 55 | RL-383-00 | AUTO CALIBRADORES PARA QUÍMICA. | SET/KIT | 3 | | 56 | 170/009/00 | ANTI D PARA TIPIFICACIÓN DE GRUPO SANGUINEO | KIT | 35 | | 57 | RL-020-06 | CONTROL DE CALIDAD PARA GASOMETRO | PIEZA | 6 | | 58 | RL-11-00 | TROMBOPLASTINA CÁLCICA. | SET | 50 | | 59 | RL-241-00 | TEST RÁPIDO PARA DETERMINACIÓN DE VIH | TACO | 2500 | | 60 | RL-309-00 | GIEMSA | FRASCO | 5 | | 61 | RL-49-00 | ELISA PARA CHAGAS IGG | SET | 5 | | 62 | RL-57-00 | ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) TOTAL | SET | 13 | | 63 | RL-350-00 | HEPATITIS ANTI HAV IGG | KIT | 3 | | 64 | RL-349-00 | HEPATITIS ANTI HAV IGM | KIT | 3 | | 65 | RL-66-00 | HEPATITIS ANTI HBS AG AUSTRALIA DE SUPERFICIE | SET | 4 | | 66 | RL-68-00 | HELICOBACTER PYLORI IGM | SET | 14 | | 67 | RL-73-00 | TOXOPLASMA IGG | SET | 20 | | 68 | RL-87-00 | HELICOBACTER PYLORI IGG | SET | 14 | | 69 | RL-113-00 | ANTÍGENO CARCÍGENO EMBRIONARIO (CEA) | SET | 5 | | 70 | RL-126-00 | TIROGLOBULINA | SET | 14 | | 71 | RL-57-01 | ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIBRE. | SET | 3 | | 72 | RL-260-00 | ALFAFETO PROTEÍNA (AFP) | KIT | 4 | | 73 | RL-259-00 | INMUNOGLOBULINA IGE | KIT | 5 | | 74 | RL-258-00 | RUBEOLA IGM | KIT | 7 | | 75 | RL-257-00 | RUBEOLA IGG | KIT | 7 | | 76 | RL/290-00 | SIFILIS IGG/IGM | PIEZA | 300 | | 77 | RL-254-00 | ANTICUERPO ANTITIROIDEO ATG | KIT | 5 | | 78 | RL-320-00 | ANTICUERPO ANTIPEROXIDASA TPO | KIT | 5 | | 79 | RL-116-00 | HEPATITIS C | SET | 4 | | 80 | RL-123-00 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES | SET | 2 | | 81 | RL-124-00 | ANTI DNA | SET | 2 | | 82 | RL-192-00 | CA 15,3 | KIT | 3 | | 83 | RL-114-00 | CA 125 | SET | 9 | | 84 | RL-188-00 | INMUNOGLOBULINA IGA | PLACAS | 6 | | 85 | RL-189-00 | INMUNOGLOBULINA IGG | PLACAS | 5 | | 86 | RL-191-00 | INMUNOGLOBULINA IGM | PLACAS | 4 | | 87 | RL-118-00 | COMPLEMENTO C3 | PLACAS | 6 | | 88 | RL-119-00 | COMPLEMENTO C4 | PLACAS | 6 | | 89 | RL-02-03 | LISANTE | FRASCO | 70 | | 90 | RL-52-00 | HCG CUANTITATIVA | SET | 7 | | 91 | RL-020-04 | DESPROTEINIZADOR | FRASCO | 5 | | 92 | RL-310-00 | PAPEL PH | ROLLO | 6 | | 93 | RL-385-00 | SOLUCIÓN DE LAVADO PARA QUÍMICA | SET/KIT | 9 | | 94 | RL-384-00 | SOLUCIÓN DESPROTEINIZANTE PARA QUÍMICA | SET/KIT | 4 | | 95 | RL-54-00 | TOXOPLASMA IGM | SET | 21 | | 96 | RL-56-00 | INSULINA | SET | 23 | | 97 | RL-58-00 | T3 TOTAL | SET | 25 | | 98 | RL-59-00 | T4 TOTAL | SET | 25 | | 99 | RL-60-00 | T4 LIBRE | SET | 30 | | 100 | RL-61-00 | TSH (TIROTROPINA) | SET | 50 | | 101 | RL-63-00 | FSH | SET | 11 | | 102 | RL-64-00 | LH | SET | 8 | | 103 | RL-84-00 | ESTRADIOL | SET | 9 | | 104 | RL-85-00 | PROGESTERONA | SET | 6 | | 105 | RL-86-00 | PROLACTINA | SET | 12 | | 106 | RL-100-00 | FERRITINA | KIT | 5 | | 107 | RL-99-03 | HORMONA DE CRECIMIENTO | SET | 2 | | 108 | RL-99-04 | TESTOSTERONA TOTAL | SET | 6 | | 109 | RL-300-00 | SUBSTRATO QUIMIOLUMINISCENTE | FRASCO | 90 | | 110 | RL-295-00 | SOLUCIÓN DE LAVADO PARA QUIMIOLUMINISCENCIA | FRASCO | 48 | | 111 | RL-294-00 | SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA QUIMIOLUMINISCENCIA | FRASCO | 1 | | 112 | RL-290-00 | CONTROL DE CALIDAD PARA QUIMIOLUMINISCENCIA | FRASCO | 36 | | 113 | RL/451-00 | LÍQUIDO DE LIMPIEZA PARA LÁMPARA DE QUIMIOLUMINISCENCIA | FRASCO | 1 | | 114 | RL-431-00 | CORTISOL | KIT | 4 | | 115 | RL/450-00 | CA 19,9 | KIT | 4 | | 116 | RL-87-01 | HELICOBACTER PYLORI EN HECES FECALES. | TACO | 1080 | | 117 | RL-459-00 | ENA (PANEL) | KIT | 3 | | 118 | RL-270-00 | ANTI CCP | SET | 3 | | 119 | RL-456-00 | CITOMEGALOVIRUS IGG | KIT | 5 | | 120 | RL/468-00 | CITOMEGALOVIRUS IGM | KIT | 5 | | 121 | RL-457-00 | EPSTEIN BARR IGG | KIT | 1 | | 122 | RL-458-00 | EPSTEIN BARR IGM | KIT | 1 | | 123 | RL-479-00 | ANTICUERPO IGG PARA COVID | KIT | 1 | | 124 | RL-480-00 | ANTICUERPO IGM PARA COVID | KIT | 1 | | 125 | RL-438-00 | DÍMERO D | SET | 2 | | 126 | RL-240-00 | HEPATITIS B | TACO | 60 | | 127 | RL/352-00 | HEPATITIS C | PIEZA | 60 | | 128 | RL-020-20 | CONTROLES DE CALIDAD PARA MARCADORES TUMORALES NIVEL 1 | FRASCO | 6 | | 129 | RL-020-21 | CONTROLES DE CALIDAD PARA MARCADORES TUMORALES NIVEL 2 | FRASCO | 6 |   **II. INSUMOS DE LABORATORIO:**   1. **PRESENTACION DE PROPUESTAS**   Para este grupo, solamente deberán cumplir con las especificaciones técnicas solicitadas en formulario respectivo   1. **RECEPCION:**    1. Los Insumos de Laboratorio deberán ser entregados en almacenes Central de Regional Santa Cruz, según coordinación previa con los proveedores a requerimiento escrito de la CSBP, 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. 2. **DETALLE DE INSUMOS DE LABORATORIO REQUERIDOS**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nº | **CODIGO** | **INSUMOS DE LABORATORIO** | **UNIDAD** | **CONSUMO ANUAL ESTIMADO** | | 1 | IL-05-00 | FRASCOS RECOLECTORES DE HECES FECALES. | PIEZA | 12,000 | | 2 | IL-06-00 | FRASCOS RECOLECTORES DE ORINAS. | PIEZA | 15,000 | | 3 | IL-10-00 | MICROTUBOS EPPENDORF | PIEZA | 15,000 | | 4 | IL-11-00 | PIPETAS PASTEUR | PIEZA | 6,000 | | 5 | IL-116-00 | SOLUCION DE NOIN | FRASCO | 48 | | 6 | IL-21-00 | TIPS AMARILLOS | PIEZA | 62,000 | | 7 | IL-22-00 | TIPS AZÚLES | PIEZA | 24,000 | | 8 | IL-23-00 | TIPS BLANCOS | PIEZA | 25,000 | | 9 | IL-30-00 | TUBOS DE HEMOLISIS 12 X 75 MM | PIEZA | 10,000 | | 10 | IL-251-03 | TUBOS DE HEMOLISIS 16 X 100 MM | PIEZA | 16,800 | | 11 | IL-42-00 | PORTA OBJETOS | CAJA | 13 | | 12 | IL-43-00 | CUBREOBJETOS 22X22 MM | CAJA | 28 | | 13 | IL-52-00 | PAPEL PARAFILM | ROLLO | 4 | | 14 | IL-130-00 | TUBOS DE REACCIÓN O COPAS/PARA MUESTRAS DE QUIMIOLUMINISCENCIA | PIEZA | 32,256 | | 15 | IL-139-00 | MULTICUBETAS | PIEZA | 500 | | 16 | IL-140-00 | BARRAS MAGNÉTICAS. | PIEZA | 8,000 | | 17 | IL-75-00 | CUBETAS PARA COAGULÓMETRO | PIEZA | 10,000 | | 18 | IL-62-00 | PAPEL TÉRMICO DE 5,6 CM DE ANCHO | PIEZA | 250 | | 19 | IL-190-00 | CARTUCHO PARA GASÓMETRO | PIEZA | 200 | | 20 | IL/221-00 | PIPETAS PARA DISPENSADORES | BOLSA | 4 | | 21 | IL-115-00 | SOLUCIÓN LECO | FRASCO | 750 | | 22 | IL-160-00 | DESINCRUSTANTE | FRASCO | 5 | | 23 | IL-114-00 | SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA GASÓMETRO E ION SELECTIVO | FRASCO | 15 | | 24 | IL-61-00 | PAPEL TÉRMICO DE 12 CM DE ANCHO | PIEZA | 150 | | 25 | IL-44-00 | TUBOS DE HEMÓLISIS 13 X 100 MM | PIEZA | 8,000 | |

**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 PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3 a)** | PROPUESTA TÉCNICA REACTIVOS DE LABORATORIO |
| **FORMULARIO 3 b)** | PROPUESTA TÉCNICA 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-012-2024 PROVISION DE 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 Invitación 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 que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. 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 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).

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 3 a)**

**PROPUESTA TÉCNICA** **REACTIVOS DE LABORATORIO**

**ÍTEM 1 - PROTI U**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Producto deseado (1) 2 x 25 ml, reactivo (2) 3ml, reactivo (3) 3ml. Mínimo para 56 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 2 - ACEITE DE CEDRO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Frasco de Aceite de mínimo 1Litro |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 3 – ANTI A Y B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Frasco con mínimo 10 ml cada uno. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 4 - APTT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Set de 10 frascos de 2 ml cada uno, más 2 frascos de 15 ml de cloruro de calcio. Mínimo 200 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 5 - GLUCOSA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Set de Glicemia enzimática líquida de 1000 ml, estándar, calibrador. Para equipo automatizado. Mínimo 1000 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 6–HEMOGLOBINA GLICOSILADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3. Set con tubos en número de 100 x 2,5 ml (RGT) Frasco de 10 ml (LYSE) estándar. Mínimo 100 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 7- CREATININA CENÉTICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de 1000 ml. Mínimo, estándar, calibrador. Mínimo 1000  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 8 - UREA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Urea enzimática UV 5x80 ml reactivo 1, 1x100 ml reactivo 2, 1x3  ml, estándar, calibrador. Mínimo 500 determinaciones. Para equipo  automatizado. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 9 - BILIRRUBINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Set de Bilirrubina directa para equipo automatizado R1 5x80 R2 1x100ml Bilirrubina total para equipo automatizado R1 5x80 R2 1x100ml, calibrador, estándar. Mínimo 500 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 10–GOT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Set de Reactivo1 (5 x 80 ml).Reactivo 2 (1 x 100 ml), estándar, calibrador. Para equipo automatizado. Mínimo 500 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 11 - GPT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Reactivo1 (5 x 80 ml).Reactivo 2 (1 x 100 ml), estándar, calibrador. Para equipo automatizado. Mínimo 500 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 12 - GGT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Set Gama Glutamil Transferasa cinética buffer 5 X 20 ml, substrato 1x 25ml, estándar, calibrador. Mínimo 125 determinaciones. Para equipo automatizado. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 13–LDL COLESTEROL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Set de LDL- Colesterol de 250 ml líquido lista para usar. Mínimo 250 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 14–PROTEINAS TOTALES Y ALBUMINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set Proteína total 1000 ml reactivo, estándar, calibrador. Albúmina presentación 1000 ml + estándar. Mínimo 1000 determinaciones. Para equipo automatizado. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 15–COLESTEROL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Colesterol de1000 ml, estándar, calibrador. Mínimo 1000  determinaciones. Para equipo automatizado. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 16 - TRIGLICERIDOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Triglicéridos enzimático líquido de 1000 ml, estándar, calibrador.  Mínimo 1000 determinaciones. Para equipo automatizado. |  |  |  |  |

**ÍTEM 17–HDL COLESTEROL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- H.D.L. Colesterol reactivo precipitante de 250 ml cada uno. Mínimo 250  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 18 - AMILASA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Amilasa líquida presentación 6x 50 ml. Mínimo 300  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 19–CALCIO SERICO COLORIMETRICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Calcio presentación: 6 x 100 ml, estándar, calibrador. Mínimo 600  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 20–HIERRO SERICO COLORIMETRICO.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Reactivo (1) 4x20 ml, reactivo (2) 1x20 ml, 3 ml de estándar,  calibrador para determinación de hierro en sangre. Mínimo 120  determinaciones. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 21 - MAGNESIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de reactivo. Presentación 2 X 100 ml. Estándar 3 ml. Mínimo 200  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 22 – REACTIVO PACK DE NA CA K**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Reactivo para analizador de electrolitos. Equipo marca Médica. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 23 - FOSFORO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de fosforo. Presentación de 2x100 ml. Estándar 3 ml. Mínimo 200  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 24–PCR (PROTEINA C REACTIVA)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de reactivo con anticuerpos específicos, mínimo 100 determinaciones  con controles positivo y negativo. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 25–ASTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de reactivo con un mínimo 100 determinaciones con controles positivo  y negativo. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 26–LATEX FR DIRECTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de reactivo con un mínimo 100 determinaciones. Con controles  positivo y negativo. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 27–RPR CARBON**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- R.P.R. Sífilis por mínimo 500 determinaciones con controles positivos y  Negativos |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 28–CHAGAS HAI POLINCHACO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Chagas HAI para 96 determinaciones. Con controles positivos y negativos |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 29–HCG CUALITATIVA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- 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)***

**ÍTEM 30–TIRAS REACTIVAS DE ORINAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Tubo por 100 tiras que mida los siguientes parámetros: Glucosa,  bilirrubinas, cetonas, densidad, sangre o hemoglobina, pH, proteínas,  urobilinógeno, nitritos, y leucocitos. Mínimo 100 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 31 - ROTAVIRUS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Caja con mínimo 20 determinaciones, diluyente de ensayo para muestras  biológicas. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 32 –SANGRE OCULTA EN HECES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Presentación de mínimo 25 piezas, 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)***

**ÍTEM 33–FOSFATASA ALCALINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de Fosfatasa alcalina presentación 5x80 ml reactivo 1, 1x100 ml  reactivo 2, estándar, calibrador. Mínimo 500 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 34–VDRL TEST**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set mínimo para 250 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM35–DILUYENTE REACTIVO PARA COULTER X 20 LITROS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de plástico de 20 litros, para contador hematológico. (Sysmex). |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 36–GLUCOSA ANHIDRA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco con capacidad mínimo de 1 Kg de glucosa en polvo |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 37 - LDH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set Deshidrogenasa láctica 5x20 ml reactivo 1 , 1X25 ml reactivo 2,  estándar, calibrador. Mínimo 125 determinaciones. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 38–REACCION DE WIDAL AG FEBRIL “O”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Frasco de antígeno Febril. mínimo 100 Determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 39 - REACCION DE WIDAL AG FEBRIL “H”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Frasco de antígeno Febril. minimo100 Determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 40 - REACCION DE WIDAL AG FEBRIL “A”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Frasco de antígeno Febril. Mínimo 100 Determinaciones |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 41 - REACCION DE WIDAL AG FEBRIL “B”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1 Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2 Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de antígeno Febril. Mínimo 100 Determinaciones |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 42–ACIDO URICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Determinación de ácido úrico 4x100 ml, 1x3 ml, estándar, calibrador.  Mínimo 400 determinaciones. Para equipo automatizado. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 43–SUEROS CONTROLES NORMALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de sueros (20 frascos x 5 ml) controles normales niveles 2 de tercera  Opinión. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 44 - PLASMA CONTROL NORMAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Set 10 frascos de plasma control de 1 ml. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 45–REACTIVOS DE PLAQUETAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de 50 ml. Mínimo 120 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 46–CPK NAC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set con presentación 5x20 ml reactivo 1, 1x25 ml reactivo 2. Mínimo 125  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 47–CPK MB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set con presentación 5x20 ml reactivo 1, 1x25 ml reactivo 2. Mínimo 125  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 48–SUERO DE COOMBS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de 10 ml previsto de gotero. Para 200 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 49–CONTROL DE CALIDAD PARA ION SELECTIVO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de controles con niveles: Alto, medio y bajo. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 50–EGB PACK REACTIVO 800 ML**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco para analizador de gases en sangre para equipos de la línea  Médica. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 51–TROPONINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Prueba rápida cualitativa. Sensibilidad 98,8%, especificidad 98,9%,  precisión 98,8 %. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 52–FIBRINÓGENO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Kit de fibrinógeno 10 X 2 ml (multifibrin U, para mínimo 100  determinaciones) |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 53–SUEROS CONTROLES PATOLOGICOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set de 20 frascos x 5 ml sueros controles normales niveles 3 tercera  opinión. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 54–CONTROL DE CALIDAD HEMATOLOGICO (BAJO, MEDIO, ALTO)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- 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)***

**ÍTEM 55–AUTOCALIBRADORES PARA QUÍMICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set/kit con 6 viales c/u con 3 ml |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 56–ANTI D PARA TIPIFICACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Anti Rh. Frasco con 10 ml para mínimo 200 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 57–CONTROL DE CALIDAD PARA GASOMETRO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Controles con niveles: 1, 2, 3. Línea Médica |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 58–TROMBOPLASTINA CALCICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set con 10 viales a preparar con 4 ml de agua destilada. Mínimo 200  determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 59–TEST RÁPIDO PARA DETERMINACIÓN DE VIH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Prueba rápida de VIH cualitativa. Mínimo100 determinaciones con  sensibilidad 99.9 % y especificidad del 99,9 %, precisión 100% |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 60–GIEMSA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Frasco de plástico de 2.5 litros. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 61–ELISA PARA CHAGAS IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 192 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 62–ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) TOTAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 63–HEPATITIS ANTI HAV IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 64–HEPATITIS ANTI HAV IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 65–HEPATITIS ANTI HBS AG AUSTRALIA DE SUPERFICIE.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 66–HELICOBACTER PYLORI IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 67–TOXOPLASMA IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **1 CASSETE 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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 68–HELICOBACTER PYLORI IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 69–ANTIGENO CARCIGENO EMBRIONARIO (CEA)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 70–TIROGLOBULINA.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 71–ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIBRE.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 72–ALFAFETO PROTEÍNA. (AFP)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 73–INMUNOGLOBULINA IGE.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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  **POSILLO 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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 74–RUBEOLA IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 75–RUBEOLA IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 76–SIFILIS IGG/IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Prueba rápida cualitativa. Sensibilidad 99,9% especificidad de 99,7 %,  precisión 99,8 % |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 77–ANTICUERPOS ANTITIROIDEO. (ATG)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 78–ANTICUERPO ANTIPEROXIDASA. (TPO)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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  **POSILLO 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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 79–HEPATITIS C**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 80–ANTICUERPO ANTINUCLEARES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 81–ANTI DNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación: Set 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 especifico. Mínimo 96 Determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 82–CA 15,3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 83–CA 125**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 84–INMUNOGLOBULINA IGA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Placa de inmunodifusión radial mínimo12 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 85–INMUNOGLOBULINA IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Placa de inmunodifusión radial mínimo12 determinaciones |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 86–INMUNOGLOBULINA IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Placa de inmunodifusión radial mínimo12 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 87–COMPLEMENTO C3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Placa de inmunodifusión radial mínimo12 determinaciones |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 88–COMPLEMENTO C4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Placa de inmunodifusión radial mínimo12 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 89–LISANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de plástico con volumen 500 ml para contador hematológico  (Sysmex XP 300). |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 90–HCG CUANTITATIVA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 91–DESPROTEINIZADOR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Frasco de 125 ml para equipo Sysmex. Mínimo 125 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 92–PAPEL PH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Rollo de plástico con papel pH universal en su interior. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 93–SOLUCION DE LAVADO PARA QUIMICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set/kit con presentación 6x200 ml. Respons 920 |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 94–SOLUCIÓN DESPROTEINIZANTE PARA QUIMICA.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Set/kit con presentación de 4x60 ml (A) (B) Respons 920 |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 95–TOXOPLASMA IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 96–INSULINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| **3.- 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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 97–T3 TOTAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| **3.- 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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 98–T4 TOTAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 99–T4 LIBRE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 100–TSH (TIROTROPINA)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 101–FSH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 102–LH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 103–ESTRADIOL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 104–PROGESTERONA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 105–PROLACTINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 106–FERRITINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 1 CASSETTE QUE CONTIENE. 2. 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. 3. POCILLO 2 Calibrador bajo: suero bovino, NaN3 al 0.2% 3.0 ml 4. POCILLO 3 Calibrador alto: suero bovino, NaN3 al 0.2% 3.0 ml 5. POCILLO 4 BUFFER opcional 6. POCILLO 5 Etiqueta FITC: anticuerpo monoclonal etiquetado FITC, que contiene BSA, NaN3 al 0.2%.6.5 ml 7. POCILLO 6 Etiqueta ABEI: anticuerpo monoclonal etiquetado ABEI, que contiene BSA, NaN3 al 0.2%.6.5 ml 8. POCILLO 7 al vacío opcional para dilución 9. 1 FRASCO DE VIDRIO Control de calidad interno: contiene BSA, NaN3 al 0.2%. 2.0 m |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 107–HORMONA DE CRECIMIENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 108–TESTOSTERONA TOTAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 109- SUBSTRATO QUIMIOLUMINISCENTE.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco que contiene 1. Hidróxido de sodio Na OH de 230 ml, y Starter buffer 2. Peróxido de hidrogeno 2 H2 O2 de 230 ml. |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 110–SOLUCIÓN DE LAVADO PARA QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de concentrado para lavado de 714 ml ( 1 frascos) |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 111–SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de concentrado de cleaning solución de 500 ml. |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 112–CONTROL DE CALIDAD PARA QUIMIOLUMINISCENCIA.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de sueros (1x5 ml) controles niveles, 1,2,3 para  quimioluminiscencia. |  |  |  |  |
| Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 113–LÍQUIDO PARA LIMPIEZA DE LÁMPARA QUIMIOLUMINISCENCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frascos de vidrio con volumen de 2 ml Light Check solución de  desempeño de cámara de luz. |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 114–CORTISOL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 115–CA 19,9**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 116–HELICOBACTER PYLORI EN HECES FECALES.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2 .- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Prueba rápida cualitativa. Sensibilidad 98,8%, Especificidad del 98,4%, Precisión 98,6%. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 117–ENA (PANEL)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 10 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 118–ANTI CCP**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Presentación Set 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. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 119–CITOMEGALOVIRUS IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 120–CITOMEGALOVIRUS IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 121–EPSTEIN BARR IGG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 122–EPSTEIN BARR IGM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. 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 especifico. Mínimo 96 determinaciones. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 123 Anticuerpo IgG para COVID**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. 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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 124 Anticuerpo IgM para COVID**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| * + - 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| * + - 1. 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 |  |  |  |  |
| * + - 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 125 DIMERO D**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| **3.- 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 |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 126– HEPATITIS B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Prueba rápida cualitativa para Hepatitis B. Sensibilidad 99%, Especificidad del 96,7%, Precisión 98,3%. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 127–HEPATITIS C**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Prueba rápida cualitativa para Hepatitis C. Sensibilidad 99%, Especificidad del 96,7%, Precisión 98,3%. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 128–CONTROL DE CALIDAD PARA MARCADORES TUMORALES NIVEL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de 5 ml Nivel 1. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 129–CONTROL DE CALIDAD PARA MARCADORES TUMORALES NIVEL 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de 5 ml nivel 2. |  |  |  |  |

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

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

**FORMULARIO 3 b)**

**PROPUESTA TÉCNICA** **INSUMOS DE LABORATORIO**

**ÍTEM 1–FRASCOS RECOLECTORES DE HECES FECALES.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Material de plástico, capacidad de 50 ml con tapa rosca. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 2–FRASCOS RECOLECTORES DE ORINA.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Material de plástico estéril, capacidad de 100 ml con tapa rosca. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 3–MICROTUBOS EPPENDORF**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Material de plástico descartable con volumen mínimo de 1,5 ml. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 4–PIPETAS PASTEUR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Material de plástico con capacidad de 0,5-3 ml. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 5–SOLUCIÓN DE NOIN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frascos de plástico de 500 ml al 1% |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 6–TIPS AMARILLOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Material de plástico descartable cuyas medidas son de 0 - 200 ul |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 7–TIPS AZULES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Material de plástico graduable cuyas medidas son 200 -1000 ul. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 8–TIPS BLANCOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Material de plástico descartable cuyas medidas son de 0,1-10 ul. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 9–TUBOS DE HEMOLISIS 12 X 75 MM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar porqué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Tubos de plástico y/o vidrio cuyas medidas son 12 x 75 mm para lectura  de prueba con 1000 piezas |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 10–TUBOS DE HEMOLISIS 16 X 100 MM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Tubos de plástico y/o vidrio con aceleradores y/o aditivos de la coagulación,  medidas 16 x 100 mm. Con 1200 piezas. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 11–PORTA OBJETOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Caja que contiene 50 paquetes con 50 láminas de vidrio en su interior haciendo un total de 2500 unidades. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 12–CUBREOBJETOS 22X22 MM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- 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)***

**ÍTEM 13–PAPEL PARAFILM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Rollo sellante para evitar la contaminación de las muestras. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 14–TUBOS DE REACCIÓN O COPAS/PARA MUESTRAS DE QUIMIOLUMINISCENCIA.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Material de plástico descartable para proceso de muestras biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Provisión de un Equipo en comodato para procesamiento de pruebas de inmunología en el método de inmunoquimioluminiscencia. La empresa adjudicada debe ser quien otorgue el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, además del seguro contra riesgos. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 15–MULTICUBETAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Material de plástico de 15 celdas para equipo Star Dust MC15 |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 16–BARRAS MAGNÉTICAS.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Material de acero medidas 5 - 6 mm de largo |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 17–CUBETAS PARA COAGULOMETRO.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Material de plástico descartable. Para coagulómetro Ral Clot SP |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 18–PAPEL TÉRMICO DE 5,6 CM DE ANCHO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Medidas de 5,6 cm. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 19–CARTUCHO PARA GASÓMETRO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 1. Cartucho para gasómetro.(Abbott) |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 20–PIPETAS PARA DISPENSADORES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Bolsa de material de plástico volumen 200 ul - 10 ml. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 21–SOLUCIÓN LECO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frascos volumen 1 litro de solución. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 22–DESINCRUSTANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco de 2.5 litros. para lavado de poli cubetas. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 23–SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA GASÓMETRO E ION SELECTIVO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Frasco Solución de lavado diaria para analizador de electrolitos. Línea  Médica. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 24 – PAPEL TÉRMICO DE 12 CM DE ANCHO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 1. Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Medidas de 12 cm. |  |  |  |  |

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

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

**ÍTEM 25–TUBOS DE HEMOLISIS 13 X 100 MM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Para ser llenado el momento de presentar propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| **CARACTERISTICA SOLICITADA** | **CARACTERISTICA OFERTADA** | **Cumple** | | **OBSERVACIONES**  **(especificar por qué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |  |  |  |  |
| 1.- Nombre del Producto |  |  |  |  |
| 2.- Registro sanitario del reactivo ofertado (Adjuntar Fotocopia simple) |  |  |  |  |
| 3.- Tubos de plástico y/o vidrio cuyas medidas son 13 x 100 mm Volumen 6  ml con aceleradores y/o aditivos de la coagulación, con 1000 tubos. |  |  |  |  |

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

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

**FORMULARIO N° 4 a)**

**PROPUESTA ECONÓMICA REACTIVOS DE LABORATORIO**

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

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.**

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

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 4 b)**

**PROPUESTA ECONÓMICA INSUMOS DE LABORATORIO**

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

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.**

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

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

MODELO CONTRATO PROVISION DE REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO

**CSBP.ASES.LEG.REG.Nº\_\_\_-2024**

Conste por el presente documento privado un **Contrato de compra de Reactivos e Insumos de Laboratorio, por Evento,** con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP,** 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. Jorge Gabriel Andrés Bejarano Jáuregui**, con CI No. 2522785, **Administrador Regional** y el **Dr. Ever Filemón Soto Justiniano,** con CI No. 3260739 SC, **Jefe Médico Regional**, según Poder Especial y Bastante No. 323/2023, de 04 de diciembre de 2023, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 067, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo de la Dra. Karolay Rivera Mercado, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra y representada legalmente por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CI No. \_\_\_\_\_, en mérito al Testimonio de Poder General de Administración No. \_\_\_/20\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. \_\_, del Distrito Judicial de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 4 – Aprobado mediante Resolución No. 051/2023 del Directorio de la **CSBP**, de 14 de agosto de 2023 y vigente a partir del 16 de agosto de 2023, se ha llevado a cabo el proceso de contratación bajo la modalidad de Contrato Marco No. \_\_\_/2024, para la compra por Evento de **Reactivos e Insumos de Laboratorio,** con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP.**

2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación No. SC-CO-I-INV-\_\_-2024.

2.3. Mediante Formulario de Aprobación de Gasto, la Gerente Administrativa Financiera y el Gerente Médico, han otorgado su No Objeción del Gasto y Aprobación del Proceso, a consecuencia de lo que se ha remitido al **PROVEEDOR** la Nota de Adjudicación CITE: SC-NC-\_\_\_-2024, de \_\_ de \_\_\_\_ de 2024.

2.4. En atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_ de 2024, recibida en Asesoría Legal Regional el \_\_ de \_\_\_\_ de 2024, y registrada mediante Hoja de Ruta No. \_\_\_\_, 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 por Evento de Reactivos e Insumos de Laboratorio** con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP**, de acuerdo a los ítems adjudicados al **PROVEEDOR,** que en adelante se denominarán **PRODUCTOS PARA LABORATORIO**, que fueron adjudicados de conformidad al Pliego de Condiciones, su propuesta adjudicada y a los documentos que forman parte de él, así como de las normas, condiciones, precio, regulaciones, obligaciones, especificaciones, tiempo de entrega y características técnicas establecidas y con estricta y absoluta sujeción a las cláusulas contractuales contenidas en el presente Contrato.

**CUARTA. (CANTIDADES Y CARACTERÍSTICAS).**

4.1. Para la adquisición de los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO** dentro de las especificaciones técnicas, que forman parte del presente Contrato, así como para garantizar su calidad, el **PROVEEDOR** se obliga a:

* + 1. Realizar la provisión de los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO** de acuerdo con lo establecido en el Pliego de Condiciones y su propuesta presentada.
    2. Presentar los certificados de control de calidad que garanticen la calidad de los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO** a proveer.
    3. Cumplir cada una de las cláusulas del presente Contrato.
  1. Los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO** adjudicados por la **CSBP**, son los ofertados por el **PROVEEDOR**, no existiendo posibilidad en ninguna circunstancia, que los mismos sean sustituidos o cambiados por otros que no hayan sido aceptados ni adjudicados por la **CSBP**, excepto aquellos que, con previo informe técnico, elaborado por la unidad solicitante de la **CSBP**, sean justificados y aceptados formalmente.
  2. Para efectos de cumplimiento de los plazos de entrega estipulados en el presente Contrato, no se considerarán recibidos los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO**, mientras no se haya entregado el correspondiente Certificado de Control de Calidad.
  3. El **PROVEEDOR** deberá dar estricto cumplimiento a las condiciones de Período de Validez, Recepción y Medios de Transporte, señalados en el Pliego de Condiciones, así como al resto de condiciones señalados en dicho Pliego de Condiciones.

**QUINTA. (PLAZO DE ENTREGA).**

El **PROVEEDOR** deberá hacer entrega de los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO**, conforme a los plazos establecidos en el Cronograma que al efecto elabore la **CSBP.**

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **UN (01) AÑO** calendario, plazo **computable a partir de la fecha de su suscripción**, no existiendo tácita reconducción. Las Partes, previo acuerdo y en atención a los antecedentes de la prestación del Servicio, podrán renovar el presente Contrato.

**SEPTIMA. (PRECIO DEL CONTRATO).**

7.1. El precio unitario propuesto y aceptado por las Partes para la adquisición de los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO, por Evento**, se detalla en el siguiente cuadro**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DE ÍTEMS** | **IMPORTE UNITARIO EN Bs** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

7.2. El monto total de la o las compras durante la vigencia del presente Contrato, será el resultante de aplicar los precios unitarios de la propuesta adjudicada a las cantidades de **PRODUCTOS PARA LABORATORIO** efectiva y realmente provistos.

7.3. Este precio también comprende todos los costos de verificación, transporte, impuestos, aranceles, gastos de seguro de los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO** a ser entregados, es decir, todo otro costo que pueda tener incidencia en el precio hasta su entrega definitiva de forma satisfactoria.

 7.4. Es de exclusiva responsabilidad del **PROVEEDOR**, efectuar la provisión adjudicada por el monto establecido, ya que no se reconocerán ni procederán pagos por entrega de productos que excedan el precio unitario, establecido en el presente Contrato.

**OCTAVA. (FORMA DE PAGO).**

El pago por los **PRODUCTOS DE LABORATORIO** efectiva y realmente provistos, se realizará de manera mensual, para lo cual el **PROVEEDOR** deberá presentar mensualmente en Oficinas Administrativas – Contabilidad (hasta cada 15 del mes posterior a la última provisión realizada) una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura y la nota que acredite la recepción conforme de los **PRODUCTOS PARA LABORATORIO**, firmada y sellada por el responsable de la **CSBP.**

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

**NOVENA. (ESTIPULACION SOBRE IMPUESTOS Y FACTURACIÓN).**

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

**DECIMA. (GARANTÍA).**

El **PROVEEDOR** garantiza el correcto cumplimiento y fiel ejecución del presente Contrato.

**DECIMO PRIMERA. (DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN).**

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.
* **CONTRATADA** - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECIMO SEGUNDA. (DOCUMENTOS DE CONTRATO).**

Para el cumplimiento de lo estipulado en el presente Contrato, forman parte del mismo:

a) El Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 4 – Aprobado mediante Resolución No. 051/2023 del Directorio de la **CSBP**, de 14 de agosto de 2023 y vigente a partir del 16 de agosto de 2023;

b) el Pliego de Condiciones del proceso de contratación bajo la modalidad de Contrato Marco No. CMA \_\_\_/2024 – **Reactivos e Insumos para Laboratorio** (\_\_\_\_\_ Convocatoria) con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP;**

c) la propuesta presentada por el **PROVEEDOR**, incluyendo documentos legales, administrativos y propuesta económica; y,

d) el Informe de Calificación Final emitido por la Comisión de Calificación CITE: No. SC-CO-I-CMA-\_\_\_-2024, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

**DECIMO TERCERA. (INTRANSFERIBILIDAD DEL CONTRATO).**

El **PROVEEDOR** bajo ningún título podrá ceder, transferir, subrogar, total o parcialmente este Contrato, salvo autorización expresa y escrita de la **CSBP**.

**DECIMO CUARTA. (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 treinta (30) días, 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 QUINTA. (RESOLUCION).**

15.1. El presente Contrato podrá ser resuelto de **manera unilateral sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza**, en caso de que la **CSBP** identifique errores o falencias en la prestación del Servicio contratado.

15.2. Esta resolución procederá cuando el **PROVEEDOR** producto del incumplimiento de sus obligaciones, hubiese sido sancionada con la multa prevista en la cláusula precedente en **tres** oportunidades. Para tal efecto, la **CSBP** comunicará al **PROVEEDOR**, en forma escrita, la determinación asumida.

15.3. Asimismo, podrá resolverse a exclusiva decisión de la **CAJA** cuando: a) los montos acumulados por concepto de multas sean iguales o superiores al 10% del valor total del contrato, o, b) de manera obligatoria, cuando la suma de las multas acumuladas alance al 20 % del valor total del contrato.

15.4. Sin embargo, la resolución procederá de manera inmediata, también de manera **unilateral** y sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza ni de sancionar con multa en tres oportunidades, cuando la **CSBP**,a través de sus instancias competentes, determine que los errores y/o falencias son demasiado graves, no pudiendo éstos ser subsanados o enmendados por el **PROVEEDOR**.

15.5. Independientemente de lo anteriormente señalado, también podrá resolverse el presente Contrato, en las mismas condiciones señaladas, ante el incumplimiento del **PROVEEDOR** a cualquiera de sus cláusulas.

15.6. Por otra parte, si el **PROVEEDOR** determinase unilateralmente la resolución del Contrato, por incumplimiento de la **CSBP** a las obligaciones asumidas, deberá comunicarle esta decisión en forma escrita y con sesenta (60) días de anticipación a que dicha resolución entre en vigencia.

15.7. La resolución del Contrato será aplicada sin perjuicio de exigir a la Parte responsable el resarcimiento de los daños causados y la atribución de las responsabilidades que por ley correspondan.

15.8. Asimismo, la **CSBP**, por así convenir a sus intereses, podrá decidir unilateralmente la resolución del presente Contrato, sin lugar a resarcimiento de daños, debiendo comunicar esta decisión al **PROVEEDOR** en forma escrita y con al menos sesenta (60) días de anticipación a que dicha resolución entre en vigencia.

**DECIMO SEXTA. (MULTAS).**

16.1. La **CSBP** ante el incumplimiento del **PROVEEDOR** en el plazo de entrega de los **PRODUCTOS DE LABORATORIO,** aplicará una multa equivalente al cero coma tres por ciento (0,3 %) del importe total de los bienes no entregados, por cada día de atraso.

16.2. Las multas serán cobradas mediante descuentos establecidos expresamente por la **CSBP**, del pago o pagos pendientes, sin perjuicio de que la **CSBP** proceda al cobro del resarcimiento de daños y perjuicios ocasionados.

**DECIMO SEPTIMA. (NORMAS DE CALIDAD APLICABLES).**

Los **PRODUCTOS DE LABORATORIO** suministrados de conformidad con el presente Contrato, se ajustarán a las normas de calidad mencionadas en las especificaciones técnicas y, cuando en ellas no se mencionen normas de calidad aplicables, se ajustarán a las normas de calidad existentes en el país.

**DECIMO OCTAVA. (EMBALAJE).**

El embalaje, las marcas y los documentos que se coloquen dentro y fuera de los **PRODUCTOS DE LABORATORIO** deberán cumplir estrictamente normas nacionales y requisitos especiales que se hayan consignado en las especificaciones técnicas del Pliego de Condiciones, cualquier otro requisito, si lo hubiere, y cualquier otra instrucción dada por la **CSBP.**

**DÉCIMO NOVENA. (RECEPCIÓN).**

19.1. Si los **PRODUCTOS DE LABORATORIO** recepcionados no se ajustan a las especificaciones técnicas, la **CSBP** los rechazará y el **PROVEEDOR** deberá, sin cargo para la **CSBP**, reemplazarlos por aquellos que cumplan las especificaciones técnicas requeridas en el Pliego de Condiciones. Los eventuales rechazos por parte de la **CSBP**, no modifican el plazo de entrega, que permanecerá invariable.

19.2. El **PROVEEDOR** se compromete a reponer cualquier **PRODUCTO DE LABORATORIO** que sufra alteración, variación, trastorno o descomposición por defecto de fabricación, en los envases o embalajes, sin costo adicional alguno para la **CSBP** en el plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de su notificación en forma escrita.

**VIGESIMA. (DE LA NATURALEZA DE LA RELACION CONTRACTUAL).**

El presente Contrato es de naturaleza civil, convenido dentro del marco previsto por el Art. 732 del Código Civil Boliviano, no existiendo por tanto relación laboral alguna entre las Partes. Se deja claramente establecido que, a objeto de garantizar la debida prestación del Servicio, el **PROVEEDOR** debe dar cumplimiento atodas las obligaciones sociolaborales y de bioseguridad con su personal, a su propio costo.

**VIGESIMO PRIMERA. (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 año dos mil veinticuatro.

|  |  |
| --- | --- |
| **DR. EVER FILEMON SOTO JUSTINIANO**  **JEFE MEDICO REGIONAL** | **LIC. J. GABRIEL A. BEJARANO JÁUREGUI**  **ADMINISTRADOR REGIONAL** |

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **PROVEEDOR** |