**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**“ADQUISICIÓN DE TOMÓGRAFOS, PARA EL FORTALECIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL, PARA LA COVID-19”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS A SOLICITUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES** | | **ESTA COLUMNA DEBE SER LLENADA POR EL PROPONENTE** |
| **ÍTEM 1** | TOMOGRAFO COMPUTARIZADO DE 64 CORTES |  |
| **MARCA** | ESPECIFICAR |  |
| **MODELO** | ESPECIFICAR |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR |  |
| **AÑO DE FABRICACIÓN** | ESPECIFICAR (EL EQUIPO DEBE SER DE FABRICACIÓN 2022 ó 2023) |  |
| **REQUISITOS TÉCNICOS** | **GENERALIDADES**   * Tomógrafo computarizado para exámenes axiales, helicoidales y dinámicos, para exámenes en pacientes adultos y pediátricos. * Sistema de reducción y control de dosis de radiación en tiempo real, de acuerdo con el espesor del cuerpo del paciente. * **Deberá poder trabajar en condiciones ambientales de acuerdo a los lugares de emplazamiento de los equipos (presentar documentación respaldatoria).**   **GANTRY**   1. **64 cortes o más**   Con capacidad de adquisición de 64 cortes simultáneos por rotación   1. Cantidad / Tipo de detectores: físicas o reales mayor ó igual a 32 2. Tiempo de rotación del tubo de rayos X en un giro completo de 360° con un valor menor o igual 0.75 segundos. 3. Espesor de corte: 0.625 mm o menor 4. Inclinación o angulación del gantry de ±30° o mayor. 5. Apertura de Gantry de 75 cm o mayor. 6. Cobertura del detector (ancho máximo de detección) de 40 mm 7. Deberá incluir el control de los movimientos de la mesa e inclinación del Gantry, mediante botones a cada lado del Gantry. 8. El Gantry deberá contar con una pantalla táctil, que muestre los valores de movimientos, inclusive que muestre la información al operador, como el nombre del paciente, el estado del escaneó, especificar información de funciones. 9. Deberá incluir botón de parada de emergencia y sensor de colisión o similar (especificar). 10. Deberá incluir un doble sistema de láser para posicionamiento del paciente.   **GENERADOR Y TUBO DE RAYOS X**   1. Capacidad de almacenamiento térmico (ánodo): mayor o igual a 5 MHU. 2. Disipación térmica del ánodo (especificar). 3. De ánodo giratorio con dos puntos focales según fabricante (especificar). 4. Potencia total máxima: 70 kW o mayor. 5. Rango de kV: 80 kV a 140 kV o mejor rango. 6. Rango mA: 10 mA a 500 mA o mejor rango. 7. Deberá incluir al menos un sistema de refrigeración incorporado. 8. Deberá poseer protocolos tanto para pacientes adultos y para pacientes pediátricos.     **BARRIDO HELICOIDAL**   1. Field of View (FoV) de 500 mm o mayor. 2. Sistema de reconstrucción con proceso iterativo, con reducción de dosis para todos los protocolos de examen que permitan una reducción de dosis ≥ 80% y una reducción de ruido ≥ 90%. ADJUNTAR A LA PROPUESTA, documentación que respalde la tecnología que aplica. 3. Tecnología específica para reducción o eliminación de artefactos por objetos metálicos. ADJUNTAR A LA PROPUESTA, documentación que respalde la tecnología que aplica.   **MESA O CAMILLA**   1. Capacidad de soporte mayor o igual a 220 kg. 2. Rango útil de escaneo mayor o igual a 1700 mm 3. Contar con movimientos longitudinales y verticales (especificar). Deberá ser motorizada, los movimientos deben ser controlados por la consola de operador y los comandos del Gantry. 4. Material de la mesa de fibra de carbono, la misma deberá incluir pedales de control, para movimientos de la mesa.   **PROCESAMIENTO DE IMAGEN Y/O CONSOLA**  Computador dual (1. Funciones para el operador y 2. Reconstrucción de la imagen) compuesta de:   1. Monitor LCD mayor o igual 24 pulgadas ó 2 de 19 pulgadas de grado médico o más. 2. Resolución de monitor mayor o igual a 1920 x 1080 pixeles. 3. Mouse y teclado 4. Memoria RAM mayor o igual a 16 GB 5. Memoria de almacenamiento de 1 TB o Disco para almacenar hasta 500 000 imágenes. 6. Unidad lectora/grabadora de CD-R y DVD-R. 7. Capacidad de almacenar imágenes en las diferentes matrices, datos crudos (raw data). 8. El sistema debe contar con protocolo DICOM con las siguientes características: DICOM PRINT, DICOM QUERY/RETRIEVE, DICOM DOSE SR, DICOM MWM. Licencias permanentemente habilitadas. 9. El sistema de reconstrucción de imágenes mayor o igual 60 imágenes por segundo en una matriz de 512 x 512. 10. El equipo deberá poder reconstruir y visualizar las imágenes, además de permitir varios espesores de corte conforme al examen a realizar.   La consola del operador (adquisición) debe poseer las siguientes funciones de análisis de imágenes:   1. Zoom y rango 2. Histograma 3. Medición de distancias y ángulos 4. Visor 2D 5. Reconstrucción y visualización de imagen en 3D 6. Reconstrucción multiplanar (MPR) 7. Imágenes con proyección máxima de intensidad (MIP) y proyección de mínima intensidad (MinIP). 8. Presentación multi imagen. 9. Textos.   **WORKSTATION (ESTACIÓN DE TRABAJO)**  Workstation independiente, conectada al CT por red ethernet (que pueda instalarse en una sala diferente a la estación del operador), esta misma debe estar compuesta por:   1. Monitor LCD de pantalla plana mayor o igual a 24 pulgadas. 2. Mouse y teclado. 3. Procesador Intel Core i7 de 3.0 GHz y 8 núcleos o tecnología superior. 4. Tarjeta gráfica dedicada de al menos 2 GB de memoria de video. 5. Disco rígido para almacenamiento de imágenes de 2 TB o mayor. 6. Disco SSD: 500 GB o mayor para el sistema operativo. 7. Unidad lectora/grabadora CD-R, DVD-R. 8. Debe contar con funciones DICOM con las respectivas licencias activas, instaladas, habilitadas según fabricante. 9. Software de la estación de trabajo que sea multimodalidad y multimarca.   **SOFTWARE INCLUIDOS DE LA WORKSTATION**  Software de la estación de trabajo que contenga mínimamente lo siguiente:   1. Visualización sencilla de imágenes multimodalidades. 2. Análisis ortogonal, oblicuo y endoscópico de datos de CT y MR, que incluya un mejoramiento por renderizado fotorealistico. 3. Visualizador de datos multifásicos de CT y MR en modo cine. 4. Extracción de huesos. 5. Extracción de estructuras vasculares 6. Software para creación de un plano a lo largo de una línea recta o en forma de abanico en imágenes 2D (Imágenes multiplanares) 7. Comparación en paralelo y la sincronización de múltiples datos 3D. 8. Evaluación clínica de imágenes a lo largo del tiempo de CT y MR. 9. Visualizacion de imágenes fusionadas de dos modalidades diferentes. 10. Software que permita la fusión de tres series o más en el mismo espacio y muestra la representación de volumen de imágenes combinadas. 11. Reconstructor de datos de corte a través de varios métodos para el análisis espinal complejo, con la capacidad de detección automática de la columna vertebral. 12. Análisis de nódulos pulmonares, bronquios y áreas de baja atenuación de los pulmones.     **COMPATIBILIDAD DICOM 3.0 O SUPERIOR**  Debe contar con funciones DICOM entre ellas: DICOM IMPORT DATA, DICOM STORAGE, DICOM Q/R STORAGE Y DICOM PRINT, con las respectivas licencias activas, instaladas, habilitadas según fabricante.   1. El equipo debe contar con interfaz de conexión a la red de la institución RJ 45 y/o inalámbrico. 2. El software debe ser uso ilimitado y perpetuo. 3. Debe incluir todas las contraseñas de configuración con administrador de equipo. Una vez concluya la garantía.   **INYECTOR DE CONTRASTE**   1. Unidad de control principal. 2. Bomba inyectora de contraste de dos cabezales. 3. Deberá contar con pedestal con ruedas y frenos para fijar el inyector   **IMPRESORA**   1. Sistema de impresión láser o termal, compatibles con el equipo. 2. Dos bandejas de entrada como mínimo. 3. Tamaño de películas de acuerdo a fabricante.   **SISTEMA DE ALIMENTACION ININTERRUMPIDA**   1. UPS para la protección consola (consola del operador + unidad de reconstrucción) 2. UPS para la estación de trabajo (Workstation e impresora). |  |
| **ACCESORIOS** | 1. Phantomas de calibración completos, de acuerdo con fabricante. 2. Juego de correas de inmovilización. 3. Colchonetas y/o almohadillas para paciente según fabricante. 4. Escritorio de consola 5. Silla para el operador 6. Colchoneta blanda con descanso para cabeza. 7. Soporte para estudios cerebrales. 8. Soporte para rodillas. 9. Soporte de cabeza plano, para pacientes pediátricos. 10. Mandil plomado, collarín, protección gonadal. 11. Lente de protección radiológica. 12. 6 Dosímetros para personal operario 13. 500 unidades o más de películas para impresiones, del tamaño adecuado a la impresora ofertada.. |  |
| **MANUALES POR EQUIPO** | En la entrega de los equipos la Empresa adjudicada deberá presentar lo siguiente:   * Manual de Operación original del equipo y una copia en Idioma Español. (Se debe entregar en formato físico y digital) * Manual de Servicio original del equipo y una copia en Idioma Español. (Se debe entregar en formato físico y digital) * CD/DVD de instalación de software del equipo. |  |
| **REQUERIMIENTO DE ENERGÍA DEL EQUIPO** | * Alimentación 380 VAC Trifásico más neutro y tierra de 50 Hz. |  |
| **SERVICIOS CONEXOS** | * Instalación eléctrica con tablero dedicado a la sala de tomografía. * Aterramiento de acuerdo al fabricante * Aire acondicionado para el ambiente según requerimientos del fabricante. * Sistema de alarma visual durante la emisión de radiación. * Nivelación de la base con resina epóxica u otro material similar o mejor, donde se emplazará el equipo según fabricante. |  |
| **CERTIFICACIONES** | * Los proponentes deberán presentar una fotocopia verificable por medio de código QR o página web, de Certificaciones Internacionales vigentes FDA (Food and Drug Adminstration) y/o CE (Conformidad europea) del bien ofertado al momento de la presentación de propuestas. * Los proponentes deberán presentar una fotocopia verificable por medio de código QR o página web, de Certificación ISO 13485 vigente del bien ofertado al momento de la presentación de propuestas. * Se deberá adjuntar en la presentación de la propuesta la certificación AGEMED de la empresa proponente y en la recepción del bien se debe presentar la certificación AGEMED del equipo. * La empresa proveedora, deberá tramitar la AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN Y REGISTRO DEL EQUIPO ante la entidad reguladora AETN (Autoridad de Fiscalización de Electricidad y Tecnología Nuclear) y deberá presentarse la misma en la recepción de los equipos. |  |
| **TIEMPO DE VIDA UTIL** | * Documentación emitida por fábrica del tiempo de vida útil de los componentes del equipo en la presentación de la propuesta.   Se deberá adjuntar un certificado apostillado emitido por fabrica del tiempo de vida útil al momento de la recepción de los bienes. |  |
| **EXPERIENCIA DE FABRICA** | * **Nacional:** experiencia real de comercialización (presencia de la marca) de equipos de tomografía a nivel nacional. ADJUNTAR RESPALDOS en la propuesta. |  |
| **INSPECCIÓN PREVIA** | * Como condición previa las empresas deberán realizar la inspección del ambiente para el emplazamiento de los equipos en el servicio de apoyo al diagnóstico de los Establecimientos de Salud establecidos como beneficiarios finales. **Verificable a través de acta de inspección previa** (formato adjunto) |  |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | El proveedor debe realizar el mantenimiento preventivo de los equipos, cuya periodicidad será establecida por el fabricante dentro del periodo de la Garantía Comercial del Equipo, contemplando los gastos de mano de obra y elementos necesarios (repuestos, consumibles, herramientas, etc.) **con Personal Técnico capacitado por el fabricante**, presentar documentación emitido por la fábrica.  **El proveedor deberá presentar en la propuesta, una proforma del costo de los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo pasado el tiempo de garantía por el tiempo de vida útil del equipo.** |  |
| **SOPORTE TÉCNICO** | A solicitud del Ministerio de Salud y Deportes y/o los beneficiarios finales:  -Hospital Materno Infantil Dr. Juan Manuel Jijena Duran, Municipio de Tarija del Departamento de Tarija.  -Hospital Santa Bárbara, Municipio de Sucre del Departamento de Chuquisaca.  -Hospital Clínico Viedma, Municipio de Cochabamba del Departamento de Cochabamba.  -Hospital El Alto Norte, Municipio de El Alto del Departamento de La Paz.  El proveedor debe proveer Asistencia Técnica en los lugares donde se encuentren los equipos, para que en un plazo menor a cinco (5) días calendario el proveedor pueda emitir una respuesta a cualquier problema técnico suscitado, debiendo a su vez en un periodo no mayor a quince (15) días calendario solucionar y restablecer la operatividad del equipo en el periodo de la Garantía Comercial de los Equipos. |  |
| **REPUESTOS E INSUMOS** | El proveedor adjudicado, debe garantizar la provisión de repuestos, accesorios e insumos que garanticen el funcionamiento de los equipos una vez vencido el periodo de la Garantía Comercial del Equipo, por un periodo de siete (7) años.  La provisión de los repuestos, accesorios e insumos, debe realizarse en un plazo menor a 45 días calendario, después de la solicitud efectuada por el Ministerio de Salud y Deportes y/o el Beneficiario Final. |  |
| **CAPACITACIÓN** | El proveedor deberá realizar capacitación teórica y práctica del manejo del equipo al personal operario y personal técnico de los hospitales beneficiarios:  -Hospital Materno Infantil Dr. Juan Manuel Jijena Duran, Municipio de Tarija del Departamento de Tarija.  -Hospital Santa Bárbara, Municipio de Sucre del Departamento de Chuquisaca.  -Hospital Clínico Viedma, Municipio de Cochabamba del Departamento de Cochabamba.  -Hospital El Alto Norte, Municipio de El Alto del Departamento de La Paz.  Al momento de la entrega de los equipos de forma presencial y detallada bajo contenidos mínimos aprobados, elaborar un cronograma de capacitación continua al personal de los establecimientos beneficiarios a requerimiento del Ministerio de Salud y Deportes y/ode los beneficiarios finales, dentro del periodo de la Garantía Comercial de los Equipos.  Además adicionar un video tutorial de la capacitación en el manejo del equipo en CD-DVD. |  |
| **ALCANCE** | * Los equipos con todas sus partes y accesorios deben ser nuevos, no reconstruidos ni reacondicionados. * El proponente adjudicado debe proveer todos los insumos y accesorios necesarios para la correcta puesta en marcha y funcionamiento de los equipos solicitados. * En la recepción del bien se verificará el correcto funcionamiento del equipo con las herramientas necesarias que correrán por parte del proveedor. El personal que realice la entrega por parte de la empresa debe tener un perfil profesional en equipamiento médico. * En caso de que el equipo, presente 2 fallas reiterativas atribuibles al fabricante durante el periodo de garantía comercial, el equipo deberá ser sustituido por uno nuevo. * Proveer de contraseñas y/o accesos necesarios del equipo en la recepción definitiva del bien. * Se deberá actualizar la licencia del software de los equipos de manera gratuita y/o proporcionar software con licencia ilimitada durante un periodo no menor a cinco (5) años. |  |
| **GARANTÍAS** | **GARANTÍA COMERCIAL O POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN:** El proveedor, deberá garantizar que la Garantía Comercial de los equipos, contemple una cobertura por defectos de fabricación, reparación y/o sustitución del equipo, partes, piezas que resulten con fallas y/o defectos de fábrica, vicios ocultos, desgastes prematuros, mala instalación y/o mantenimiento del servicio técnico, por un periodo de DOS (2) años posteriores a la entrega de los equipos. |  |
| **DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LA RECEPCIÓN DE LOS EQUIPOS** | * Certificación AGEMED del equipo. * Autorización de Importación y Registro del equipo ante la entidad reguladora AETN copia. * Carta de Compromiso Notariada de Mantenimiento Preventivo dirigida al Ministerio de Salud y Deporte y beneficiarios finales\*, incluyendo cronograma de mantenimiento. * Carta de Compromiso Notariada de Asistencia Técnica dirigida al Ministerio de Salud y Deportes y beneficiarios finales\*, señalando lo establecido en el punto de Soporte Técnico. * Carta de Compromiso Notariada de Garantía de provisión de repuestos, accesorios e insumos dirigida al Ministerio de Salud y Deportes y beneficiarios finales\*, señalando lo establecido en el punto de Repuestos e insumos. * Carta de Compromiso Notariada de Capacitación dirigida al Ministerio de Salud y Deportes y beneficiarios finales\*, señalando lo establecido en el punto de Capacitación y adjuntando el cronograma de capacitación continua al personal de los establecimientos de salud dentro del periodo de garantía. * Carta de Compromiso Notariada para la actualización de la licencia del software dirigida al Ministerio de Salud y Deportes y beneficiarios finales\*, por un periodo no menor a 5 años. * Certificado de Garantía Comercial de dos (2) años por defectos de fabricación, de los equipos adquiridos en la que señale la marca, modelo, número de serie y otros datos del equipo.   **\*Beneficiarios Finales:**  **-**Hospital Materno Infantil Dr. Juan Manuel Jijena Duran, Municipio de Tarija del Departamento de Tarija.  -Hospital Santa Bárbara, Municipio de Sucre del Departamento de Chuquisaca.  -Hospital Clínico Viedma, Municipio de Cochabamba del Departamento de Cochabamba.  -Hospital El Alto Norte, Municipio de El Alto del Departamento de La Paz  **Se debe presentar para cada carta el documento el original y dos copias legalizadas.**  **Las cartas deben señalar lo establecido en cada punto.** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **CONDICIONES ADICIONALES** | | | **PUNTAJE PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE AL MOMENTO**  **DE ELABORAR SU PROPUESTA** |
| 1 | **PAÍS DE FABRICACIÓN DEL EQUIPO**  ESTADOUNIDENSE, JAPONÉS | 1 PUNTO | |  |
| 2 | **COMPONENTES DEBEN SER DE LA MISMA PROCEDENCIA U ORIGEN (TUBO DE RAYOS X, GENERADOR Y DETECTORES)**  ESTADOUNIDENSE, JAPONÉS | 1 PUNTO | |  |
| 3 | **CAPACIDAD CALORIFICA DEL TUBO DE RAYOS X**  7.5 MHU O MAYOR | 1 PUNTO | |  |
| 4 | **DISIPACION TERMICA DEL ANODO**  1300 kHU/MIN O MAYOR. | 1 PUNTOS | |  |
| 5 | **DEL GANTRY**  Con 64 Detectores físicos | 1 PUNTOS | |  |
| 6 | **APERTURA DEL GANTRY**  Apertura de 80 cm o mayor | 1 PUNTO | |  |
| 7 | **GARANTIA COMERCIAL**  De 3 años o mayor | 1 PUNTO | |  |
| 8 | **TIEMPO DE VIDA DE TODOS LOS COMPONENTES DEL EQUIPO** (Gantry, Tubo de rayos X, Mesa, Generador)  8 AÑOS O MAYOR | 1 PUNTO | |  |
| 9 | **COSTOS DE MANTENIMIENTO**  Se le asignara el puntaje al menor costo presentado. A evaluar de acuerdo a la siguiente formula:  Dónde: Puntaje de la Propuesta Económica Evaluada  Precio de la Propuesta con el Menor Valor  Precio de la Propuesta a ser evaluada | 1 PUNTO | |  |
| 10 | **TIEMPO DE ENTREGA**  100 días calendario o menor | 1 PUNTO | |  |
|  | **TOTAL** | | **10** |  |

|  |
| --- |
| **ELABORADO POR:** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONDICIONES ADMINISTRATIVAS ÍTEM TOMOGRAFO DE 64 CORTES** | | **MANIFESTAR ACEPTACIÓN EN TODOS LOS PUNTOS** |
| **ASPECTOS GENERALES** | | |
| **CANTIDAD** | **4** |  |
| **UNIDAD DE MEDIDA** | **EQUIPO** |  |
| **PROPONENTES ELEGIBLES** | Podrán participar las Empresas Nacionales y/o Extranjeras legalmente constituidas en el país y que estén registrados en Impuestos Nacionales en el rubro de equipos, dispositivos y/o insumos médicos **(Adjuntar Certificado de Inscripción en el Padrón Nacional de Contribuyentes NIT).** |  |
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** | El Proponente, deberá presentar en su propuesta documentación que respalde la **VENTA DE AL MENOS 3 TOMÓGRAFOS** en los últimos cinco (5) años en el sistema de salud público, sistemas de seguridad a corto plazo y/o privado. (Formulario 500 del SICOES, facturas, actas de entrega, actas de conformidad u otro documento que certifique la venta Tomógrafos). |  |
| **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | El tiempo de la propuesta deberá tener una validez no menor a **90** días calendario a partir de la fecha de su presentación. |  |
| **MODALIDAD PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN** | Mediante Contrato Administrativo. |  |
| **PROTOCOLIZACIÓN DEL CONTRATO** | El proponente adjudicado, una vez que haya suscrito el contrato deberá iniciar el trámite de PROTOCOLIZACIÓN, en un plazo no mayor a diez (10) días después de la suscripción del contrato, conforme a norma vigente. |  |
| **LOGOTIPO Y CODIFICACIÓN (ACTIVOS FIJOS)** | Logotipo. En los equipos deberán tener adheridos el Logotipo del Ministerio de Salud y Deportes vigente.  Codificación. Para efectos de la activación, de los equipos deben contener un membrete de identificación con la siguiente información:   * Departamento * Municipio * Establecimiento de Salud * Código de Activación del Equipo (Activo Fijo)   El Ministerio de Salud y Deportes, oportunamente entregara al proveedor los diseños y dimensiones del Logotipo, membrete y Código de activación (activos fijos), y otra información necesaria, para que sean adheridos en el equipo. |  |
| **DOCUMENTOS A PRESENTAR AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE LOS BIENES** | Carta Notariada de Compromiso dirigida al Ministerio de Salud y Deportes, para realizar el transporte, embalaje, instalación, puesta en marcha y seguridad de los equipos hasta los siguientes lugares los siguientes lugares:  Hospital Materno Infantil Dr. Juan Manuel Jijena Duran, Municipio de Tarija del Departamento de Tarija.  Hospital Santa Bárbara, Municipio de Sucre del Departamento de Chuquisaca.  Hospital Clínico Viedma, Municipio de Cochabamba del Departamento de Cochabamba.  Hospital El Alto Norte, Municipio de El Alto del Departamento de La Paz. |  |
| **GARANTIAS BANCARIAS** | | |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO** | La Empresa adjudicada, para la formalización de la contratación, deberá presentar la **BOLETA DE GARANTIA** de Cumplimiento de Contrato por el 7% del monto adjudicado, de carácter renovable, irrevocable y de ejecución inmediata, con una validez de **210** días calendario a nombre del **MINISTERIO DE SALUD y DEPORTES.** |  |
| **GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO** | La Empresa adjudicada deberá presentar **BOLETA DE GARANTÍA** de funcionamiento de maquinaria y/o equipo por el 1.5% del monto total del Contrato. Esta garantía deberá ser presentada al momento de la entrega del equipo con una vigencia de **dos (2**) años.  A solicitud formal del proveedor, en sustitución de esta garantía, el Ministerio de Salud y Deportes podrá efectuar una retención del monto equivalente a la garantía solicitada.  Esta garantía comprende el buen funcionamiento del equipo por el tiempo de la vigencia de la garantía. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAZO DE ENTREGA**  **(No debe de exceder el plazo de entrega establecido en las condiciones administrativas - excluyentes)** | | | | |
| **PLAZO DE ENTREGA** | | | | **LLENAR LA OFERTA DEL PROPONENTE** |
| **Plazo de Entrega: 150 días calendario** a partir del día siguiente hábil de la suscripción del Contrato Administrativo. | | | |  |
| **LUGAR DE ENTREGA** | | La entrega se realizará en los siguientes lugares:   * Hospital Materno Infantil Dr. Juan Manuel Jijena Duran, Municipio de Tarija del Departamento de Tarija. * Hospital Santa Bárbara, Municipio de Sucre del Departamento de Chuquisaca. * Hospital Clínico Viedma, Municipio de Cochabamba del Departamento de Cochabamba. * Hospital El Alto Norte, Municipio de El Alto del Departamento de La Paz. | |  |
| **MULTAS** | | En caso de incumplimiento en el plazo en entrega del equipo, el Ministerio de Salud y Deportes aplicará una multa del 1% del monto total del contrato por día de retraso, computable a partir del día siguiente hábil de vencido los plazos establecidos, hasta un máximo del 20% del monto del contrato, situación que dará lugar a la Resolución del Contrato Administrativo, Ejecución de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, y el inicio de acciones administrativas y/o legales que correspondieren. | |  |
| **MEDIO DE TRANSPORTE Y EMBALAJE** | | El Proveedor correrá con los costos y será responsable por el transporte, embalaje y seguridad de los equipos hasta los siguientes lugares:   * Hospital Materno Infantil Dr. Juan Manuel Jijena Duran, Municipio de Tarija del Departamento de Tarija. * Hospital Santa Bárbara, Municipio de Sucre del Departamento de Chuquisaca. * Hospital Clínico Viedma, Municipio de Cochabamba del Departamento de Cochabamba. * Hospital El Alto Norte, Municipio de El Alto del Departamento de La Paz. | |  |
| **FORMA DE PAGO** | | | | |
| **ANTICIPO** | | El anticipo será otorgado previa solicitud del proveedor, hasta un máximo del 20% del monto total del contrato.  Para este efecto, el proponente adjudicado deberá presentar una BOLETA DE GARANTIA de Correcta Inversión de Anticipo, por el 100% del anticipo otorgado con una vigencia mínima de doscientos diez (210) días calendario, computable a partir de su fecha de emisión. Con carácter Renovable, Irrevocable y de Ejecución Inmediata.  Este monto será descontado del pago final. | |  |
| **FORMA DE PAGO** | | Se realizará vía SIGEP, una vez que la Comisión de Recepción emita el INFORME DE CONFORMIDAD y el proveedor presente su factura correspondiente. | |  |
| **PROPUESTA ECONÓMICA**  **(No debe de exceder el precio referencial)** | | | | |
| **PRECIO REFERENCIAL**  **(DENTRO DEL PRECIO REFERENCIAL ESTAN INCLUIDOS TODOS LOS GASTOS DE TRANSPORTE, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA)** | | | | **LLENAR LA OFERTA DEL PROPONENTE** |
| **PRECIOS** | | | **PRECIO REFERENCIAL Bs.** | **PRECIO OFERTADO Bs.** |
| **PRECIO REFERENCIAL (UNITARIO)** | **Numeral:** | | 7.000.000,00 |  |
| **Literal:** | | **Son: Siete millones 00/100 bolivianos** |  |
| **PRECIO REFERENCIAL (TOTAL) ( cantidad 4 Tomógrafos)** | **Numeral:** | | 28.000.000,00 |  |
| **Literal:** | | **Son: Veintiocho millones 00/100 bolivianos** |  |

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES DEL PROPONENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | Nombre del proponente o Razón Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | *País* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | *Ciudad* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | *Dirección* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Domicilio Principal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Número de Identificación Tributaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE NOTIFICACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| Solicito que las notificaciones me sean remitidas vía: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECOMENDACIONES Y ACLARACIONES** | | |
| Las especificaciones técnicas y condiciones administrativas, se constituyen un requisito mínimo, el proponente puede mejorarlas detallando las mismas. Las propuestas de expresiones de interés son consideradas declaraciones juradas por parte del proponente. | | |
| **Inhabilitaciones o rechazos**   1. Las propuestas de expresiones de interés que sean presentadas fuera de fecha y horario límite establecido en la convocatoria. 2. Las propuestas de expresiones de interés que no hubiese sido elaborado conforme al formato establecido en el presente documento (Como establece las Especificaciones Técnicas y Condiciones Administrativas). | | |
| **LOCALIZACIÓN Y CONTACTOS.** | **Departamento:** Tarija.  **Municipio:** Tarija  **Establecimiento de Salud:** Hospital Materno Infantil Dr. Juan Manuel Jijena Duran | **Dirección:** Barrio Lourdes (Tarija)  **Contacto:** 69303124 **(**Dra. Shirley Yolanda Cuenca Rocabado. - Directora del Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija) |
| **Departamento:** Chuquisaca  **Municipio:** Sucre  **Establecimiento de Salud:** Hospital Santa Bárbara | **Dirección:** Plazuela Libertad N° 1  **Contacto:** 72873748 **(**Dr. David Gumiel Andia - Director del Hospital Santa Bárbara) |
|  | **Departamento:** Cochabamba.  **Municipio:** Cochabamba.  **Establecimiento de Salud:** Hospital Clínico Viedma. | **Dirección:** Av. Aroma N° 327 frente a la plaza San Sebastián  **Contacto:** 61628976 (Dra. Adela Amaya Mejia – Directora Hospital Clínico Viedma) |
|  | **Departamento:** La Paz  **Municipio:** El Alto  **Establecimiento de Salud:** Hospital El Alto Norte. | **Dirección:** Z/ Rio Seco, Av/ Juan Pablo II, N° 220  **Contacto:** (Dra Nadia Paola Apaza Torrez – Directora hospital del Norte) |

**MÉTODO DE SELECCIÓN Y ADJUDICACIÓN: CALIDAD, PROPUESTA TÉCNICA Y COSTO**

La evaluación de las expresiones de interés se realizará en tres (3) etapas con los siguientes puntajes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERIOS DE EVALUACIÓN** | | |
| **1** | Características Técnicas y Condiciones Administrativas. | 60 Puntos |
| **2** | Condiciones Adicionales | 10 Puntos |
| **3** | Propuesta Económica | 30 Puntos |
| **TOTAL** | | 100 Puntos |

* **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y CONDICIONES ADMINISTRATIVAS: (60 Puntos)**

La propuesta contenida en los formularios “**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y CONDICIONES ADMINISTRATIVAS”** será evaluada aplicando la metodología **CUMPLE/NO CUMPLE**, utilizando el Formulario establecido.

A las propuestas que no hubieran sido descalificadas como resultado de la metodología **CUMPLE/NO CUMPLE**, se les asignarán sesenta (60) puntos a la propuesta que cumpla con todo lo requerido y la que **NO CUMPLE** obtendrá cero (0) puntos.

* **CONDICIONES ADICIONALES (10 Puntos)**

Posteriormente, se evaluará las condiciones adicionales establecidas en el Formulario **“CONDICIONES ADICIONALES”**, asignando un puntaje de hasta diez (10) puntos.

* **DETERMINACIÓN DE PUNTAJE DE LA PROPUESTA ECONÓMICA: (30 Puntos)**

A la propuesta de menor valor se le asignara treinta (30) puntos, al resto de las propuestas se les asignara un puntaje inversamente proporcional aplicando la siguiente fórmula:

Dónde: Puntaje de la Propuesta Económica Evaluada

Precio de la Propuesta con el Menor Valor

Precio de la Propuesta a ser evaluada

**FORMA DE ADJUDICACIÓN:** Por Ítem

|  |
| --- |
| **ELABORADO POR:** |
|  |