INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Departamento de Licitaciones – TEL: 226-050
Constitución y Herrera – 1er. piso.
Asunción - Paraguay

Licitación Publica Nacional N° 96/09

"Adquisición de Reactivos e Insumos para Análisis Clínicos con Equipos Automatizados en Comodato para Hospitales Regionales del Área Interior del IPS"

ADDENDA N° 1

Asunción, 3 Diciembre de 2009.

AL OFERENTE:

Con relación a la Licitación Publica Nacional N° 96/09 "**Adquisición de Reactivos e Insumos para Análisis Clínicos con Equipos Automatizados en Comodato para Hospitales Regionales del Área Interior del IPS**", les informamos que se realizan las siguientes modificaciones al Pliego de Bases y Condiciones en los códigos de catálogos:

1) Se procedió a ajustar lo solicitado por la DNCP en los códigos de catálogos en la Sección IV Formularios de Oferta – Planilla "lista de precios" se procedió a ajustar.

Formulario de Listas de Precios
Lista de Precios

HOSPITAL REGIONAL CIUDAD DEL ESTE

LOTE 1 SECCION QUIMICA CLINICA (CIUDAD DEL ESTE)

ITEM	COD. CATAL.		Unidad de Medida	Marca	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario s/IVA	Costo Total Can. Min. s/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		2.000	4.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		2.000	4.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		10.000	20.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		200	400			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		150	300			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		400	800			
7	41116105-109	CKMB	Det.		250	500			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		2.000	4.000			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		2.000	4.000			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.750	3.500			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		275	550			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		400	800			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		14.000	30.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		14.000	30.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		2.000	4.000			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		2.000	4.000			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		17.500	35.000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		150	300			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		175	350			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	35.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	35.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		200	400			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		200	400			
		SON GUARANIES					Gs.		

OBS.

Ing. Carmen Flores
Jefa Comisión de Ofertas
Dpto. Licitaciones - DGS - IPS

Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondiente insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 2: SECCIÓN HEMOGRAMA (CIUDAD DEL ESTE)

ITEM	COD. CATAL.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Mín. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		20.000	40.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilucion automatica de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 3: SECCIÓN ELECTROLITOS. (CIUDAD DEL ESTE)

ITEM	COD. CATAL.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Mín. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116003-011	ELECTROLITOS	Det.		1.500	3.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

En ELECTROLITOS, en el precio ofertado deberá contemplar determinaciones de sodio, potasio y cloro

LOTE 4: SECCION SEROLOGIA (CIUDAD DEL ESTE)

ITEM	COD. CATAL.	[illegible]	Unidad de [illegible]	[illegible]	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Mín. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116002-007	HBs Ag (Hepatitis B)	Det.		1.000	2.000			
2	41115819-004	HBe Ag (HBE2)	Det.		1.000	2.000			
3	41115819-005	Anti HBs Cuantitativo	Det.		1.250	2.500			
4	41115819-006	Anti HBe	Det.		1.250	2.500			
5	41115819-007	Anticore IgM	Det.		1.250	2.500			
6	41115819-008	Anticore Total	Det.		1.250	2.500			
7	41115819-009	Anti Hav-IgM (Hepatitis A)	Det.		1.500	3.000			
8	41116002-074	Anti HCV (Hepatitis C 3ra. Generación)	Det.		1.000	2.000			
9	41115819-001	RUBEOLA IgG	Det.		500	1.000			
10	41115819-002	RUBEOLA IgM	Det.		500	1.000			
11	41116113-004	TOXO IgG	Det.		1.250	2.500			
12	41115819-003	TOXO IgM	Det.		1.250	2.500			
13	41115819-011	CMV IgG	Det.		400	800			
14	41115919-012	CMV IgM	Det.		400	800			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

<u>Obs:</u>Todos los marcadores de la Hepatitis B deben ser de la misma marca.
Rubeola IgG e IgM: ambos deben ser de la misma marca
Toxo IgG e IgM: ambos deben ser de la misma marca
CMV IgG e IgM: ambos deben ser de la misma marca

Ing. Carmen Flores
Jefa Sección Gestión de Ofertas
Dpto. Licitaciones - DCAS - IPS

LOTE 5: SECCION GASOMETRIA (CIUDAD DEL ESTE)

ITEM	COD. CATAL.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116003-007	DETERMINACIONES DE GASOMETRIA REACTIVO P/GASOMETRO	Det.		1.000	2.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 6: SECCION COAGULOGRAMA (CIUDAD DEL ESTE)

ITEM	COD. CATAL.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		1250	2.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		1250	2.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		1250	2.500			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

HOSPITAL REGIONAL CORONEL OVIEDO

LOTE 7: SECCION QUIMICA CLINICA (HOSPITAL REGIONAL CORONEL OVIEDO)

ITEM	COD. CATAL.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.500	3.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.500	3.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		7.500	15.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		100	200			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		75	150			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		250	500			
7	41116105-109	CKMB	Det.		250	500			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.750	3.500			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.750	3.500			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.500	3.000			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		200	400			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		200	400			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		12.500	25.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		12.500	25.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.750	3.500			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.750	3.500			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		1.7500	3.5000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		100	200			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		100	200			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		175	350			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		175	350			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

OBS.

Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondiente insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

Lic. Carmen Flores
Jefa Sección Gestión de Ofertas
Dpto. Licitaciones - DGBS - IPS

LOTE 8: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL CORONEL OVIEDO)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Procedencia	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		17.500	35.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilucion automatica de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 9: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL CORONEL OVIEDO)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Procedencia	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

HOSPITAL REGIONAL ENCARNACION

LOTE 10: SECCION QUIMICA CLINICA

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Procedencia	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		2.000	4.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		2.000	4.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		10.000	20.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		200	400			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		150	300			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		400	800			
7	41116105-109	CKMB	Det.		250	500			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		2.000	4.000			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		2.000	4.000			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.750	3.500			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		275	550			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		400	800			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		15.000	30.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		15.000	30.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		2.000	4.000			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		2.000	4.000			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		17.500	35.000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		150	350			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		175	350			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		17.500	35.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		17.500	35.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		200	400			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		200	400			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

OBS.

Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca

El equipo debe contar con impresora, con sus correspondiente insumos(tinta, papel etc)

Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados

Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 11: SECCIÓN HEMOGRAMA (ENCARNACION)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Procedencia	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		20.000	40.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilucion automatica de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 12: SECCIÓN ELECTROLITOS (ENCARNACION)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Procedencia	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116003-011	ELECTROLITOS	Det.		1.500	3.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

En ELECTROLITOS, el precio ofertado deberá contemplar determinaciones de sodio, potasio y cloro

LOTE 13: SECCION SEROLOGIA (ENCARNACION)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Procedencia	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116002-007	HBs Ag (Hepatitis B)	Det.		1.000	2.000			
2	41115819-004	HBe Ag (HBE2)	Det.		1.000	2.000			
3	41115819-005	Anti HBs Cuantitativo	Det.		1.250	2.500			
4	41115819-006	Anti HBe	Det.		1.250	2.500			
5	41115819-007	Anticore IgM	Det.		1.250	2.500			
6	41115819-008	Anticore Total	Det.		1.250	2.500			
7	41115819-009	Anti Hav-IgM (Hepatitis A)	Det.		1.500	3.000			
8	41116002-074	Anti HCV (Hepatitis C 3ra. Generación)	Det.		1.000	2.000			
9	41115819-001	RUBEOLA IgG	Det.		500	1.000			
10	41115819-002	RUBEOLA IgM	Det.		500	1.000			
11	41116113-004	TOXO IgG	Det.		1.250	2.500			
12	41115819-003	TOXO IgM	Det.		1.250	2.500			
13	41115819-011	CMV IgG	Det.		400	800			
14	41115919-012	CMV IgM	Det.		400	800			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

Obs:Todos los marcadores de la Hepatitis B deben ser de la misma marca.
Rubeola IgG e IgM: ambos deben ser de la misma marca
Toxo IgG e IgM: ambos deben ser de la misma marca
CMV IgG e IgM: ambos deben ser de la misma marca

LOTE 14: SECCION GASOMETRIA (ENCARNACION)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Procedencia	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116003-007	DETERMINACIONES DE GASOMETRIA REACTIVO P/GASOMETRO	Det.		1.000	2.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

Ing. Carmen Flores
Jefa Sección Gestión de Ofertas
Dpto. Licitaciones - DGBS - IPS

LOTE 15: SECCION COAGULOGRAMA (ENCARNACION)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Origen	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		1250	2.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		1250	2.500			
ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Origen	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		1250	2.500			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

HOSPITAL REGIONAL VILLARRICA

LOTE 16: SECCION QUIMICA CLINICA

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Origen	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.500	3.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.500	3.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		7.500	15.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		100	200			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		75	150			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		250	500			
7	41116105-109	CKMB	Det.		250	500			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.750	3.500			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.750	3.500			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.500	3.000			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		200	400			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		200	400			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		12.500	25.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		12.500	25.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.750	3.500			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.750	3.500			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		1.7500	3.5000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		100	200			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		100	200			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		175	350			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		175	350			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

OBS.

Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondiente insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

Ing. Carmen Flores
Jefa Sección Gestión de Ofertas
Dpto. Licitaciones - DGBS - IPS

LOTE 17: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL VILLARRICA)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Modelo	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		17.500	35.000			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilucion automatica de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 18: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL VILLARRICA)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Modelo	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

HOSPITAL REGIONAL PEDRO JUAN CABALLERO

LOTE 19: SECCION QUIMICA CLINICA (HOSPITAL REGIONAL PEDRO JUAN CABALLERO)

ITEM	COD. CATAL.	Descripción	Unidad de Medida	Marca/ Modelo	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.500	3.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.500	3.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		7.500	15.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		75	150			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		90	180			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		200	400			
7	41116105-109	CKMB	Det.		200	400			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.500	3.000			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.500	3.000			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.000	2.000			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		150	300			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		150	300			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		12.500	25.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		12.500	25.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.500	3.000			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.500	3.000			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		17.500	3.5000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		75	150			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		75	150			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		150	300			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		150	300			
		SON GUARANIES					**Gs.**		

OBS. Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca

Ing. Carmen Flores
Jefa Sección Gestión de Ofertas
Dpto. Licitaciones - DGBS - IPS

CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondiente insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 20: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL PEDRO JUAN CABALLERO)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		15.000	30.000			
		SON GUARANIES					Gs.		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilucion automatica de la muestra, tiempo de procesamiento (1 muestra por minuto).

LOTE 21: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL PEDRO JUAN CABALLERO)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					Gs.		

HOSPITAL REGIONAL PILAR

LOTE 22: SECCION QUIMICA CLINICA

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.500	3.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.500	3.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		7.500	15.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		75	150			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		90	180			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		200	400			
7	41116105-109	CKMB	Det.		200	400			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.500	3.000			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.500	3.000			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.000	2.000			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		150	300			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		150	300			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		12.500	25.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		12.500	25.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.500	3.000			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.500	3.000			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		17.500	3.5000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		75	150			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		75	150			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		150	300			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		150	300			
		SON GUARANIES					Gs.		

OBS.

Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondientes insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 23: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL PILAR)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		15.000	30.000			
		SON GUARANIES					Gs.		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente. Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilucion automatica de la muestra, tiempo de procesamiento (1 muestra por minuto).

LOTE 24: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL PILAR)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					Gs.		

HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION

LOTE 25: SECCION QUIMICA CLINICA

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.750	3.500			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.750	3.500			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		8.500	17.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		75	150			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		100	200			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		200	400			
7	41116105-109	CKMB	Det.		200	400			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.750	3.500			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.750	3.500			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.250	2.500			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		150	300			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		150	300			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		7.500	15.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		13.500	27.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		13.500	27.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.750	3.500			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.750	3.500			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		1.7500	3.5000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		75	150			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		75	150			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		150	300			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		150	300			
		SON GUARANIES					Gs.		

Ing. Carmen F. Jefa Sección Gestion Dpto. Licitaciones

Ofertas S.I.P.S.

OBS.

Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondientes insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 26: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Mín. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		17.500	35.000			
		SON GUARANIES					Gs.		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático).El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilución automática de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 27: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Mín. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					Gs.		

HOSPITAL REGIONAL BENJAMIN ACEVAL

LOTE 28: SECCION QUIMICA CLINICA

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Mín. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.500	3.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.500	3.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		7.500	15.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		75	150			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		90	180			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		200	400			
7	41116105-109	CKMB	Det.		200	400			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.500	3.000			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.500	3.000			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.000	2.000			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		150	300			
12	41116015-005	MAGNESIO	Det.		150	300			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		12.500	25.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		12.500	25.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.500	3.000			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.500	3.000			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		17.500	3.5000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		75	150			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		75	150			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		150	300			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		150	300			
		SON GUARANIES					Gs.		

Ing. Carmen Fto
Jefa Seccion Gestion de Ofertas
Dpto. Licitaciones DG IPS

OBS.

Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondientes insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 29: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL BENJAMIN ACEVAL)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		15.000	30.000			
		SON GUARANIES					Gs.		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilución automática de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 30: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL BENJAMIN ACEVAL)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					Gs.		

HOSPITAL REGIONAL SAN PEDRO DE YCUAMANDYYU

LOTE 31: SECCION QUIMICA CLINICA

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.500	3.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.500	3.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		7.500	15.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		75	150			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		90	180			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		200	400			
7	41116105-109	CKMB	Det.		200	400			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.500	3.000			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.500	3.000			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.000	2.000			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		150	300			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		150	300			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		12.500	25.000			
15	41116105-082	CREATININA	Det.		12.500	25.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.500	3.000			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.500	3.000			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		17.500	3.5000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		75	150			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		75	150			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		150	300			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		150	300			
		SON GUARANIES					Gs.		

OBS. Albúmina y Proteina Total: ambos deben se de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos debe ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondiente insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 32: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL SAN PEDRO DE YCUAMANDYYU)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		15.000	30.000			
		SON GUARANIES					Gs.		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente, Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático). El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilución automática de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 33: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL SAN PEDRO DE YCUAMANDYYU)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					Gs.		

HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN MISIONES

LOTE 34: SECCION QUIMICA CLINICA

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116105-128	A.L.T. (Reactivo para G.P.T.)	Det.		1.500	3.000			
2	41116105-127	A.S.T.(Reactivo para G.O.T.)	Det.		1.500	3.000			
3	41116105-077	ACIDO URICO	Det.		7.500	15.000			
4	41116105-403	ALBUMINA	Det.		75	150			
5	41116113-002	AMILASA	Det.		90	180			
6	41116105-311	CK NAC.	Det.		200	400			
7	41116105-109	CKMB	Det.		200	400			
8	41116105-123	BILIRRUBINA DIRECTA	Det.		1.500	3.000			
9	41116105-123	BILIRRUBINA TOTAL	Det.		1.500	3.000			
10	41113305-001	CALCIO TOTAL	Det.		1.000	2.000			
11	41116113-022	FOSFORO	Det.		150	300			
12	41116105-005	MAGNESIO	Det.		150	300			
13	41116105-129	HDL COLESTEROL	Det.		5.000	10.000			
14	41116105-079	COLESTEROL	Det.		12.500	25.000			

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
15	41116105-082	CREATININA	Det.		12.500	25.000			
16	41116105-159	FOSFATASA ALCALINA	Det.		1.500	3.000			
17	41116130-081	G.G.T. GAMMA G.T.	Det.		1.500	3.000			
18	41116105-126	GLICEMIA	Det.		17.500	35.000			
19	41116105-130	L.D.H.	Det.		75	150			
20	41116004-021	PROTEINA TOTAL	Det.		75	150			
21	41116105-081	TRIGLICERIDO	Det.		15.000	30.000			
22	41116105-083	UREA	Det.		15.000	30.000			
23	41116004-020	PROTEINA EN ORINA	Det.		150	300			
24	41116105-124	HIERRO	Det.		150	300			
		SON GUARANIES					Gs.		

OBS. Albúmina y Proteina Total: ambos deben ser de la misma marca
Bilirrubina Directa y Bilirrubina Total: ambos deben ser de la misma marca
CK Nac. y CKMB: ambos deben ser de la misma marca.
Colesterol total, HDL Colesterol y el Triglicerido: todos deben ser de la misma marca
El equipo debe contar con impresora, con sus correspondiente insumos(tinta, papel etc)
Los reactivos deben cumplir con St internacionales que aseguren la optima calidad de los resultados
Obs: Todos los Equipos deben contar con UPS

LOTE 35: SECCIÓN HEMOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN MISIONES)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116008-001	HEMOGRAMA	Det.		15.000	30.000			
		SON GUARANIES					Gs.		

En el Precio Unitario por Determinación deben estar incluidos los insumos necesarios para el desarrollo y procesamiento del hemograma (Diluyente Soluciones limpiadoras, Lisante, Controles,Calibradores y Limpiador Enzimático. El equipo debe arrojar resultados que contengan entre 10 y 13 parametros Hematologicos. Impresion Automatica del resultados en Español. Dilución automática de la muestra, tiempo de procesamiento(1 muestra por minuto).

LOTE 36: SECCION COAGULOGRAMA (HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN MISIONES)

ITEM	COD. CATAL.	Descripcion	Unidad de Medida	Marca/ Proc.	Cantidad Minima	Cantidad Máxima	Costo Unitario c/IVA	Costo Total Can. Min. c/IVA	Costo Total Can. Máx. c/IVA
1	41116005-004	CALCIO TROMBOPLASTINA T.P.	Det.		750	1.500			
2	41116005-005	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA A.P.T.T.	Det.		750	1.500			
3	41116113-001	FIBRINOGENO	Det.		750	1.500			
		SON GUARANIES					Gs.		

Monto total de la Oferta: Gs..... (Guaranies ... . IVA incluido)

Observaciones:

1) **No se aceptaran ofertas con decimales.**
2) **La oferta deberá incluir capacitación y adiestramiento a todo el personal del laboratorio respecto al equipo para todos los lotes, según lo establecido en las especificaciones técnicas.**

Nombre del Oferente *[indicar el nombre completo del Oferente]*

Firma del Oferente [firma de la persona que firma la Oferta]