**SECCIÓN 03: FORMULARIOS PARA PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

**Formulario 01 - Formulario de Presentación de la Oferta**

***Comparación de Precios n.° CP-B-3erTD-ISM-16-MINSAL***

***Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS”***

**[insertar la fecha]**

Señores **MINSAL**

**Presente.-**

El que suscribe, en atención a la invitación efectuada por el Ministerio de Salud, luego de examinar los lineamientos recibidos, ofrece los bienes requeridos por un Precio del Contrato/Orden de Compra de **US$ [indique el monto en cifras y en letras]** dólares de los Estados Unidos de América, incluido el valor del IVA.

El precio incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que pueda recaer sobre el CONTRATISTA, incluido el IVA.

El plazo de entrega de los bienes es de **(ver numeral 6\_\_\_\_** **(x)** días calendario, contados a partir de la fecha de distribución de la orden de compra.

Al presentar la oferta como Representante Legal de **[Nombre del Oferente]**, declaro bajo juramento, que:

1. Nos comprometemos a entregar los bienes requeridos con sujeción a los requisitos que se estipulan en los documentos de selección y sus secciones y por los precios fijos arriba indicados y consignados también en la Oferta.
2. Garantizo la veracidad y exactitud de la información y las declaraciones incluidas en los documentos de la oferta, formula­rios y otros anexos.
3. Nos comprometemos a denunciar cualquier acto relacionado con prácticas prohibidas que fuere de mi conocimiento durante el desarrollo del proceso.
4. Confirmamos por la presente que esta Oferta tiene un período de validez de sesenta (60) días calendario, y que está acompañada de una Declaración de Mantenimiento de Oferta.
5. Manifestamos con carácter de declaración jurada que: i) no tenemos conflicto de intereses, ii) nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del Contrato, no han sido declarados inelegibles por el Banco, bajo las leyes del país del Contratante o normativas oficiales, y iii) no tenemos ninguna sanción del Banco o de alguna otra Institución Financiera Internacional (IFI).

En caso de ser adjudicado, nos comprometemos a suscribir la orden de compra en los términos previstos en este documento de selección.

Entendemos que esta oferta, junto con su aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirá una obligación hasta la suscripción de la orden de compra, y que el Programa no está obligada a aceptar la **oferta evaluada como la más ventajosa** ni ninguna otra Oferta que reciban, sin que tal decisión permita reclamación por parte del oferente.

Conocemos y aceptamos que el Programa se reserva el derecho de adjudicar el contrato/Orden de Compra, cancelar el proceso, rechazar todas las ofertas o declarar desierto el proceso si conviniese a los intereses nacionales o institucionales, sin que ello le genere responsabilidad alguna.

Esta Oferta y su aceptación por escrito constituirán un Compromiso de obligatorio cumplimiento. Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la Oferta más baja ni ninguna otra Oferta que pudieran recibir.

Atentamente,

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario 02 – Datos generales del oferente**

**[insertar la fecha]**

**a) Información del oferente**

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Oferente: **[indicar el nombre del Oferente]**  Nacionalidad: **[indicar la nacionalidad]** |
| 1. Naturaleza:   **Persona natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Persona jurídica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 3. Año de registro del Oferente: **[indicar el año de registro del Oferente]** |
| 4. Dirección del Oferente en el país donde está registrado: **[indicar la Dirección del Oferente en el país donde está registrado]** |
| 5. Información del representante autorizado del Oferente:  Nombre: **[indicar el nombre del representante autorizado]**  Dirección**: [indicar la dirección del representante autorizado]**  Números de teléfono*:* **[indicar los números de teléfono del representante autorizado]**  Dirección de correo electrónico: **[indicar el correo electrónico del oferente]** |
| 7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: **[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]**   * Estatutos de la Sociedad o Registro de la empresa indicada en el párrafo1 anterior. * Si se trata de una Asociación en Participación o Consorcio, Convenio de Asociación en Participación o del Consorcio. |

Atentamente,

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formulario 03 – Lista de cantidades y precios

**[insertar la fecha]**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Artículo** | **DESCRIPCIÓN** | **U/M** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO**  **(b)**  **IVA INCLUIDO** | **PRECIO TOTAL**  **(c)**  **IVA INCLUIDO** |
| **1** | **BILIRRUBINOMETRO** | **C/U** | **1** |  |  |
| **2** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES** | **C/U** | **2** |  |  |
| **3** | **OXIHOOD O CASCO CEFÁLICO** | **C/U** | **5** |  |  |
| TOTAL | | | | |  |

El precio ofertado esta expresado en Dólares de los Estados Unidos de América. Incluye todos los costos directos e indirectos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y cualquier costo por otro concepto que pueda tener incidencia sobre el valor de los bienes.

**[El precio ofertado deberá ser consignado únicamente con dos decimales]**

Impuestos: El precio arriba expresado incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que recaiga o pueda recaer sobre el bien a proveer o la actividad del proveedor, incluyendo el IVA

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 

### Formulario 04 – Lista de bienes, origen y especificaciones técnicas ofertadas

Nota: se deberá de completar la columna de ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS, con las especificaciones de su oferta y referenciada en catálogo

| **ART** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **CANTIDAD** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 60303009 | BILIRRUBINOMETRO TRANSCUTÁNEO | 1 | Marca:  Modelo:  País de Origen: |
| Producto | | Equipo para uso en áreas de cuidados intensivos neonatales, con capacidad de brindar lectura transcutánea de la bilirrubina en neonatos. | |  |
| Características generales | | * Equipo Portátil no invasivo transcutáneo, con punta reutilizable (integrada al equipo) que permita su fácil limpieza y rapidez en la toma de la medición. * Capacidad para determinar directamente el valor de bilirrubina en mg/dl o µmol/dl, sin necesidad de obtención de muestra de sangre. * Pantalla LCD, o tecnología similar de fácil lectura * Rango de medida (aproximada): 0 - 25.0 mg/dl 0 - 300 µmol/dl * Precisión (aproximada): ± 1 mg/dl o ± 25 µmol/dl * Apagado automático * Indicador visual y audible de carga y de baterías agotadas * Con memoria de las 10 últimas mediciones. | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje de trabajo: VDC con baterías recargables. * Con cargador independiente. * Con indicador del estado de las baterías. * Tipo de seguridad eléctrica: BF o equivalente. | |  |
| Características Mecánicas | | * Resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * Cargador de baterías, para conectarse a una fuente de 120 VAC, 60 Hz. * Dos juegos de baterías recargables. * Estuche o protector para guardar el equipo. | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 (Presentar certificado vigente). * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. (Presentar documentación de respaldo). * Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 o equivalente (Presentar documentación de respaldo). | |  |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo deberá ser entregado en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | |  |
| Condiciones de Instalación | | * No aplica. | |  |
| Información Técnica Requerida | | * Con la oferta: * Catálogo con especificaciones técnicas referenciadas. * Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) antes DNM. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en la SRS; y en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. * Cuando el dispositivo médico requerido no cuente con Registro Sanitario en la SRS, deberá presentar copia del comprobante del trámite de solicitud del Registro Sanitario extendido por la SRS, y en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario, al momento de la entrega del producto. * En caso de no necesitar Registro Sanitario de la SRS deberá presentar carta de excepción correspondiente, extendida por la SRS. * Con el equipo: * Manual de Operación en castellano. | |  |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de UN (1) año contra desperfectos de fabricación. * Vida útil del equipo no menor a 3 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. * El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | |  |
| Capacitación | | * El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: * La operación, limpieza y mantenimiento preventivo del equipo, impartidas al personal operador y personal técnico de mantenimiento respectivamente. | |  |
| Soporte Técnico | | * La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico, con personal entrenado, para garantizar el soporte técnico calificado. * El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto. | |  |

| **ART** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS | **CANTIDAD** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 60303720 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 2 | Marca:  Modelo:  País de Origen: |
| Producto | | Monitor integrado o modular para registrar y presentar en pantalla los siguientes parámetros: curva electrocardiográfica, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, oximetría de pulso y presión no invasiva, para paciente pediátrico y neonatal. | |  |
| Características generales | | * Pantalla policromática: tecnología TFT o tecnología mejorada. * Tamaño de pantalla de 15 pulgadas como mínimo, resolución 800 x 600 pixeles como mínimo. * Pantalla táctil para todas las funciones. * Teclado, menús y mensajes en pantalla deben de ser en español. * Con diseño que permita al equipo ser usado como monitor de transporte y monitor de cabecera. * Registrador o impresor por arreglo térmico (thermal array) de dos canales como mínimo. * Tendencias gráficas y numéricas de 72 horas como mínimo de todos los parámetros, seleccionables por el usuario. * Capacidad de memoria para almacenar mínimo 96 horas de trazo de ECG. * Alarmas audibles y visuales de todos los parámetros monitorizados con función que permita revisar y modificar los límites superior e inferior de los siguientes parámetros: saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, presión arterial no invasiva (sistólica, diastólica), temperatura, frecuencia respiratoria y alarma de apnea. * Debe identificar como mínimo tres niveles de prioridad en las alteraciones fisiológicas. * Con silenciador de alarmas. * Con presentación de al menos cinco curvas fisiológicas simultáneas e información numérica. * Calibración manual y/o automática. * **Electrocardiograma:** * En tres y cinco derivaciones, seleccionables por el usuario: I, II, III, aVR,   AVL, AVF y V, con presentación de un canal de ECG mínimo en pantalla.   * Impedancia de entrada no menor de 5 mega ohmios. * Razón de rechazo de modo común (CMRR) para ECG de al menos 90 dB. * Frecuencia cardiaca (HR) con rango de 30 a 350 lpm, con una precisión de   1 lpm y una resolución de ± 1% o 1 lpm.   * Rango de medición y alarma del segmento ST: -2.0 mV a +2 mV. * Ganancia de (2.5, 5.0, 10, y 20) mm/mV. * Capacidad de análisis de al menos 16 tipos diferentes de arritmias. * Protección contra desfibrilación. * **Frecuencia de Pulso:** * Rango de medición entre (40 – 240) lpm con una precisión de ±3 lpm y una resolución de 1 lpm. * Sensibilidad no menor de 200 micro voltios pico a pico. * **Respiración:** * En un rango mínimo entre (5 a 150) respiraciones por minuto, con una precisión de ±2 rpm y una resolución de 1 rpm * Con alarma de apnea. * **Presión No Invasiva (NIBP)** * Modos de funcionamiento: manual, automático y continuo. * Presión no-invasiva en modo manual y automático a diferentes intervalos de tiempo, método oscilométrico, con rango de (0 - 270) mmHg y resolución de ± 1 mmHg, despliegue numérico de presión sistólica, diastólica y media. * Alarma para presión Sistólica, Diastólica y Media. * Rango de pulso entre (40 a 240) lpm. * **Saturación de Oxígeno:** * Gráfica de onda pletismográfica y valor numérico en pantalla. * Rango de 0 a 99% o más amplio, precisión de ±2% en un rango entre 70% a 99%. * Con alarma visual y acústica. * **Temperatura:** * Medición de temperatura en dos canales, con rango mínimo de 21°C a 50°C, con una precisión de medida al menos 0.1°C y una resolución de 0.1°C. | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje: 120 VAC * Frecuencia: 60 Hz * Toma corriente grado hospitalario, cordón de alimentación eléctrica de longitud aproximada de 2 metros. | |  |
| Características Mecánicas | | * Móvil, de fácil manejo para montaje sobremesa en carro o en la pared. * Carcaza resistente a la corrosión. | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * 3 brazaletes pediátrico reusable con manga y accesorios para medir NIBP. * 3 brazaletes neonatales reusable con manga y accesorios para medir NIBP. * 2 cables de interface para ECG (si aplica). * 2 cables de paciente reusables para ECG de 5 conductores. * 2- Cables troncales con su respectivo sensor con conector tipo Nellcor ds100-A (pediátrico y neonatal), reusable para oximetría de pulso (SPO2) impermeables tipo suave de silicona libre de látex. * 2-Sensores de temperatura transcutáneo reusable pediátricos (de piel o superficie). * 2-Sensores de temperatura transcutáneo reusable neonatales (de piel o superficie). * 300 electrodos de ECG descartables. * 10 rollos de papel para impresión. * Con carro rodable de fábrica, con canasta. * Brazo de montaje en la pared o cabecera de cama. * Con batería recargable de respaldo de al menos 120 minutos. | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 (Presentar certificado vigente). * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. (Presentar documentación de respaldo). * Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 (Presentar documentación de respaldo). | |  |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo deberá ser entregados con todos sus accesorios en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | |  |
| Condiciones de Instalación | | * Deberá entregarse instalado y funcionando en el lugar donde será utilizado con todos sus accesorios, según indicaciones del fabricante a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | |  |
| Información Técnica Requerida | | * Con la oferta: * Catálogo con especificaciones técnicas referenciadas. * Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) antes DNM. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en la SRS; y en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. * Cuando el dispositivo médico requerido no cuente con Registro Sanitario en la SRS, deberá presentar copia del comprobante del trámite de solicitud del Registro Sanitario extendido por la SRS, y en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario, al momento de la entrega del producto. * En caso de no necesitar Registro Sanitario de la SRS deberá presentar carta de excepción correspondiente, extendida por la SRS. * Con el equipo: * Manual de Operación en castellano * Manual de servicio. * Manual de partes.   Manual de servicio y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés.  Manuales en forma digital e impresa.  Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | |  |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de TRES (3) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios. * Vida útil del equipo no menor a 5 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. * El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. * La fecha de fabricación del equipo no deberá ser mayor a doce meses, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo compruebe. * Compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para un período mínimo de 5 años. * Deberá realizar SEIS (6) visitas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, la primera seis meses después de recibidos los equipos, según conste en el acta de recepción, y las siguientes cada seis meses, hasta el vencimiento de la garantía, para lo cual deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | |  |
| Capacitación | | * El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: * La operación, limpieza y mantenimiento preventivo del equipo, impartidas al personal operador y personal técnico de mantenimiento respectivamente. * Deberá presentar programa de capacitación al Administrador de Contrato, a más tardar 2 días posteriores de la entrega del equipo, serán 2 jornadas de 1 hora para el personal médico y 1 jornada de 1 hora para el personal técnico de mantenimiento, y se realizarán en el establecimiento donde se utilizará el equipo. | |  |
| Soporte Técnico | | * La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico, con personal entrenado y certificado por el fabricante y una experiencia de al menos 2 años (comprobable) en el mantenimiento del equipo ofertado, para garantizar el soporte técnico calificado. * El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto. | |  |

| **ART** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **CANTIDAD** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 60302675 | OXIHOOD O CASCO CEFÁLICO | 5 | Marca:  Modelo:  País de Origen: |
| Producto | | Casco de uso neonatal para controlar la concentración y flujo de oxígeno. | |  |
| Características generales | | * Casco libre de uniones y esquinas para facilitar la limpieza. * Con orificios para el acceso y acomodo de mangueras de oxígeno, humidificación, alimentación, etc. * Compatible para ser utilizado dentro de incubadoras infantiles. * Con capacidad de alojar bebés menores de 3.5 Kg de peso desde la cintura a la cabeza o solamente la cabeza en neonatos de mayor tamaño. | |  |
| Características Eléctricas | | * No aplica. | |  |
| Características Mecánicas | | * Casco transparente construido en policarbonato o material de superior calidad, resistente al calor y humedad. | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * No aplica. | |  |
| Estándares y Normativas | | * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. (Presentar documentación de respaldo). | |  |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo deberá ser entregados en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | |  |
| Condiciones de Instalación | | * No aplica. | |  |
| Información Técnica Requerida | | * Con la oferta: * Catálogo con especificaciones técnicas referenciadas. * Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) antes DNM. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en la SRS; y en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. * Cuando el dispositivo médico requerido no cuente con Registro Sanitario en la SRS, deberá presentar copia del comprobante del trámite de solicitud del Registro Sanitario extendido por la SRS, y en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario, al momento de la entrega del producto. * En caso de no necesitar Registro Sanitario de la SRS deberá presentar carta de excepción correspondiente, extendida por la SRS. * Con el equipo: * Manual de Operación en castellano. | |  |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de UN (1) año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación. * Vida útil del equipo no menor a 3 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. * El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. | |  |
| Capacitación | | * No aplica. | |  |
| Soporte Técnico | | * La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado. * El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto. | |  |

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Formulario 05 – Cronograma de cumplimiento y Plan de Entregas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Artículo** | **DESCRIPCIÓN** | **Unidad física** | **Cantidad** | **Lugar de entrega** | **Fecha de Entrega** | | | |
|  | **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente** |
|  |  |  | **[indicar Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente]** |
| **1** | **BILIRRUBINOMETRO** | **C/U** | **1** | Almacén El Paraíso | *60 días calendario* | | *90 días calendario* |  |
| **2** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES** | **C/U** | **2** | Almacén El Paraíso. | *60 días calendario* | | *90 días calendario* |  |
| **3** | **OXIHOOD O CASCO CEFÁLICO** | **C/U** | **5** | Almacén El Paraíso. | *60 días calendario* | | *90 días calendario* |  |

**Dirección Almacén: Final 6ª. Calle Oriente n.°1105, San Salvador**

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario 06 - Declaración de Mantenimiento de la Oferta**

*[Si se solicita****, el Oferente*** *completará este Formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas en corchetes.]*

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

Fecha: *[indique la fecha]*

***Comparación de Precios n.° CP-B-3erTD-ISM-16-MINSAL***

***Título de la adquisición:*** ***“ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS”.***

**A: *Ministerio de Salud***

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las Ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de la Oferta.
2. Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Contratante por un período de **1 año para el literal a) y b); y 3 años para el literal c),**contado a partir de la fecha de presentación de la oferta,si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la Oferta sea porque:
3. retiráramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la Oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o

(b) no aceptamos la corrección de los errores de conformidad con los Documentos de Selección; o

(c) si después de haber sido notificados de la aceptación de nuestra Oferta durante el período de validez de la misma, (i) no firmamos o rehusamos firmar el Convenio, si así se nos solicita; o (ii) no suministramos o rehusamos suministrar la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAO.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará, si no somos el Oferente Seleccionado, cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) hemos recibido una copia de su comunicación informando que no somos el Oferente seleccionado; o (ii) haber transcurrido veintiocho días después de la expiración de nuestra Oferta.

Firmada: *[firma del representante autorizado].* En capacidad de *[indique el cargo]*

Nombre: *[indique el nombre en letra de molde o mecanografiado]*

Debidamente autorizado para firmar la Oferta por y en nombre de: *[indique el nombre la entidad que autoriza]*

Fechada el *[día]* día de *[mes]* de [a*ño]*