# FORMULARIO 1: FORMULARIO DE LA OFERTA

Comparación de Precios CP n.° CP-B-IREM-MINSAL/15

Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE INSUMOS INFORMÁTICOS (TONER HP) PARA LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.

**[insertar la fecha]**

Señores

MINSAL/UNIDAD DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN.

Donación Convenio Individual de Financiamiento No Reembolsable Combinado para la Eliminación de la Malaria - GRT/MM-17186, GRT/MM-17187-ES.

Nosotros los suscritos, declaramos que:

Hemos examinado y no tenemos reservas a los documentos del proceso Cotización para la Comparación de Precios N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por lo cual ofrecemos proveer los bienes/servicios en la cantidad, calidad y características técnicas solicitadas en los Documentos de Selección (Sección 3: Especificaciones Técnicas y Plan de Entrega) y nos comprometemos a que estos bienes/servicios sean originarios de países miembros del Banco: [indicar una descripción breve de los bienes/servicios];-------------------------------------------------------------------------

El precio total de nuestra oferta por todo concepto es de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Indicar precio en números y en letras) incluidos todos los impuestos de ley (incluyendo el IVA) y los gastos directo y/o indirecto asociados.

Nos comprometemos a mantener nuestra oferta por un período de \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) días a partir de la fecha de presentación de ofertas, y a suscribir el Contrato en caso de resultar adjudicatario.

Los suscritos, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores requeridos para ejecutar cualquier parte del Contrato, tenemos nacionalidad de países elegibles \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es una Asociación en Participación o Consorcio, y la nacionalidad de cada subcontratista y proveedor]

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 COMPRADOR o normativas oficiales, y iii) no tenemos ninguna sanción del Banco o de alguna otra Institución Financiera Internacional (IFI).

Asimismo, nos comprometemos que dentro del proceso de selección (y en caso de resultar adjudicados en la ejecución) del contrato, a observar las leyes sobre Prácticas Prohibidas incluyendo soborno, aplicables en el país del cliente.

Mi representada se encuentra en capacidad de entregar los bienes en el plazo previsto, expresados en nuestra oferta.

Conocemos, aceptamos y nos sometemos libre y voluntariamente al cumplimiento de lo indicado en los Documentos de Comparación de Precios, así como a las demás normas conexas que lo regulan

Entendemos que esta oferta, junto con su aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirá una obligación hasta la suscripción del contrato, y que el Programa no está obligado a aceptar la Oferta evaluada más baja 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, 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.

Para todos los efectos señalamos como domicilio legal en (………..Domicilio).

San Salvador, ........... de .............................. del \_\_\_\_

Firma y sello del oferente(Representante Legal o Apoderado Legal)

**FORMULARIO N.º 2: DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL**

Comparación de Precios CP n.° CP-B-IREM-MINSAL/15

Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE INSUMOS INFORMÁTICOS (TONER HP) PARA LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.

**[insertar la fecha]**

Señores

MINSAL/UNIDAD DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN.

Donación Convenio Individual de Financiamiento No Reembolsable Combinado para la Eliminación de la Malaria - GRT/MM-17186, GRT/MM-17187-ES.

Presente.

El que suscribe, Representante Legal de ......................................................, identificado con Documento de Identidad n.º ......................, **DECLARA BAJO JURAMENTO** que la siguiente información de mi representada se sujeta a la verdad:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre o Razón Social | |  | | | |
| Domicilio Legal | |  | | | |
| NIT Y Registro IVA |  | Teléfono |  | email |  |
| Nombre de la persona de contacto |  |  |  |  |  |

**Información del Representante Legal:**

|  |
| --- |
| 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 y facsímile del representante autorizado]  Dirección de correo electrónico: [indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado] |

El Salvador, ... de ..………...... del …….

Firma y sello del oferente

(Representante Legal o Apoderado Legal)

# FORMULARIO 3: DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA

Comparación de Precios CP n.° CP-B-IREM-MINSAL/15

Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE INSUMOS INFORMÁTICOS (TONER HP) PARA LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.

**[insertar la fecha]**

Señores

MINSAL/UNIDAD DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN.

Donación Convenio Individual de Financiamiento No Reembolsable Combinado para la Eliminación de la Malaria - GRT/MM-17186, GRT/MM-17187-ES.

Presente.

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de la Oferta.

Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el COMPRADOR por un período de **1 año para el literal a) y 3 años para el literal b),** contado a partir de la fecha establecida para la recepción de ofertas si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la oferta si:

(a) retiráramos nuestra oferta durante el período de vigencia de la oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o

(b) si después de haber sido notificados de la aceptación de nuestra oferta durante el período de validez de la misma, (i) no ejecutamos o rehusamos ejecutar el formulario del Convenio de Contrato, si es requerido; o (ii) no suministramos o rehusamos suministrar la Garantía de Cumplimiento; o (iii) no cumplimos con el suministro pactado o su modificación.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará si no somos los seleccionados, y cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) si recibimos una copia de su comunicación con el nombre del Oferente seleccionado; o (ii) han transcurrido veintiocho días después de la expiración de nuestra oferta.

Firmada: [firma de la persona cuyo nombre y capacidad se indican].

En capacidad de [indicar la capacidad jurídica de la persona que firma la Declaración de Mantenimiento de la Oferta]

Nombre: [nombre completo de la persona que firma la Declaración de Mantenimiento de la Oferta]

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [nombre completo del Oferente]

Fechada el \_\_\_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_ [indicar la fecha de la firma]

# FORMULARIO 4: FORMULARIO DE COTIZACIÓN

Comparación de Precios CP n.° CP-B-IREM-MINSAL/15

Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE INSUMOS INFORMÁTICOS (TONER HP) PARA LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.

**[insertar la fecha]**

Señores

MINSAL/UNIDAD DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN.

Donación Convenio Individual de Financiamiento No Reembolsable Combinado para la Eliminación de la Malaria - GRT/MM-17186, GRT/MM-17187-ES.

NOMBRE DEL OFERENTE: ...........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO DEL  PRODUCTO** | **DESCRIPCIÓN** | **MARCA** | **PAÍS DE ORIGEN** | **U/M** | **CANT.** | **PRECIO**  **(IVA incluido)** | **PRECIO TOTAL**  **(IVA incluido)** |
| 1 | 80203126 | Cartucho de Tóner para Impresor Laser HP (230A) W2300A negro para Mod. Laserjet Pro, 4203, MFP 4303 FDW, MFP 4303DW |  |  | C/U | 7 |  |  |
| 2 | 80203127 | Cartucho de Tóner para Impresor Laser HP (230A) W2301A cyan para Mod. Laserjet Pro, 4203, MFP 4303FDW, MFP 4303DW |  |  | C/U | 5 |  |  |
| 3 | 80203128 | Cartucho de Tóner para Impresor Laser HP (230A) W2303A magenta para Mod. Laserjet Pro, 4203, MFP 4303FDW, MFP 4303DW |  |  | C/U | 5 |  |  |
| 4 | 80203129 | Cartucho de Tóner para Impresor Laser Hp (230A) W2302A amarillo para Mod. Laserjet Pro, 4203, MFP 4303FDW, MFP 4303DW |  |  | 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 servicios. Establecer los montos ofertados 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 servicio a proveer o la actividad del proveedor, incluyendo el IVA

PLAZO DE ENTREGA: ………………….. LUGAR DE ENTREGA…………………

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

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

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

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

**FORMULARIO 5: FORMULARIO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS**

Comparación de Precios CP n.° CP-B-IREM-MINSAL/15, denominado “ADQUISICIÓN DE INSUMOS INFORMÁTICOS (TONER HP) PARA LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.

**[insertar la fecha]**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO MINSAL** | **PAÍS DE ORIGEN DE LOS BIENES** | | **DESCRIPCION DEL EQUIPO** | |
| **1** | 80203126 |  | | CARTUCHO DE TÓNER PARA IMPRESOR LASER HP (230A) W2300A NEGRO PARA MOD. LASERJET PRO, 4203, MFP 4303FDW, MFP 4303DW | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | | | | | **ESPECIFICACIONES**  **TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **Descripción** | | | * Original según la marca del equipo. * No equivalente, No remanufacturado y No refilado. | |  |
| **Garantía** | | | * Un (1) año de garantía contra desperfectos de fabricación. | |  |
| **Plazo de Entrega** | | | * 30 días | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO MINSAL** | **PAÍS DE ORIGEN DE LOS BIENES** | | **DESCRIPCION DEL EQUIPO** | |
| **2** | 80203127 |  | | CARTUCHO DE TÓNER PARA IMPRESOR LASER HP (230A) W2301A CYAN PARA MOD. LASERJET PRO, 4203, MFP 4303FDW, MFP 4303DW | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | | | | | **ESPECIFICACIONES**  **TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **Descripción** | | | * Original según la marca del equipo. * No equivalente, No remanufacturado y No refilado. | |  |
| **Garantía** | | | * Un (1) año de garantía contra desperfectos de fabricación. | |  |
| **Plazo de Entrega** | | | * 30 días | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO MINSAL** | **PAÍS DE ORIGEN DE LOS BIENES** | | **DESCRIPCION DEL EQUIPO** | |
| **3** | 80203128 |  | | CARTUCHO DE TÓNER PARA IMPRESOR LASER HP (230A) W2303A MAGENTA PARA MOD. LASERJET PRO, 4203, MFP 4303FDW, MFP 4303DW | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | | | | | **ESPECIFICACIONES**  **TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **Descripción** | | | * Original según la marca del equipo. * No equivalente, No remanufacturado y No refilado. | |  |
| **Garantía** | | | * Un (1) año de garantía contra desperfectos de fabricación. | |  |
| **Plazo de Entrega** | | | * 30 días | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO MINSAL** | **PAÍS DE ORIGEN DE LOS BIENES** | | **DESCRIPCION DEL EQUIPO** | |
| **4** | **80203129** |  | | CARTUCHO DE TÓNER PARA IMPRESOR LASER HP (230A) W2303A AMARILLO PARA MOD. LASERJET PRO, 4203, MFP 4303FDW, MFP 4303DW | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | | | | | **ESPECIFICACIONES**  **TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **Descripción** | | | * Original según la marca del equipo. * No equivalente, No remanufacturado y No refilado. | |  |
| **Garantía** | | | * Un (1) año de garantía contra desperfectos de fabricación. | |  |
| **Plazo de Entrega** | | | * 30 días | |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

* + - 1. **DECLARACIÓN JURADA DE CUENTA BANCARIA**

**(Formulario exclusivo para el oferente adjudicado)**



**ANEXO N° 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN REQUERIDA PARA COMPROBANTE DE RETENCIÓN DE IVA ELECTRÓNICO – EMPRESA**  **(EN CASO DE SER ADJUDICADO)** | | | |
|  | |  | |
| Nombre | |  | |
| Colonia, Residencial, Reparto, Barrio | |  | |
| Calle, Avenida, Pasaje, Polígono | |  | |
| No. Apartamento o Local | |  | |
| No. de Casa | |  | |
| Otros datos del Domicilio | |  | |
| Departamento | |  | |
| Municipio | |  | |
| Número de DUI | |  | |
| Número de NIT | |  | |
| Rubro | |  | |
| Giro: (según NRC) | |  | |
| NRC | |  | |
| Correo Electrónico: | |  | |
| Teléfono: | |  | |
|  | |  | |
| Fecha: | |  | |
| Firma: | |  | |
| Nombre: | |  | |
| Cargo y sello: | |  | |
| ANEXO N° 5  INFORMACIÓN REQUERIDA PARA COMPROBANTE DE RETENCIÓN DE IVA ELECTRÓNICO - PERSONA NATURAL  (EN CASO DE SER ADJUDICADO) | | |
|  |  | |
| Nombre |  | |
| Colonia, Residencial, Reparto, Barrio |  | |
| Calle, Avenida, Pasaje, Polígono |  | |
| No. Apartamento o Local |  | |
| No. de Casa |  | |
| Otros datos del Domicilio |  | |
| Departamento |  | |
| Municipio |  | |
| Número de DUI |  | |
| Número de NIT |  | |
| Rubro |  | |
| Giro: (según NRC) |  | |
| NRC |  | |
| Correo Electrónico: (personal) |  | |
| Teléfono: (personal) |  | |
|  |  | |
| Fecha: |  | |
| Firma: |  | |