**ANEXO n°1.**

**FORMULARIO DE LA OFERTA**

Señores:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Solicitud de Cotización No: CSJ-213-MINSAL-GO-RFQ, denominada “ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO CLÍNICO”**

Nombre y dirección del Ofertante:

\_\_\_\_\_\_(Nombre del Ofertante)\_\_\_\_\_\_\_\_ abajo firmante, con domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, República \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quién se presenta en su carácter de titular y/o representante legal del Ofertante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Después de estudiar cuidadosamente los documentos adjuntos y no quedando duda alguna, propongo: proveer los Bienes y/o Servicios solicitados según los plazos previstos de acuerdo al siguiente detalle:

* Ítem 1- El precio total de nuestra oferta, a continuación, es de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el precio total de la oferta de los Ítems en palabras y en cifras];

El precio total de nuestra oferta es de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras, indicando las cifras respectivas en diferentes monedas]; todos los precios Incluyen IVA.

La validez de nuestra oferta es de \_\_\_\_\_ días contados a partir del día establecido para la presentación de la oferta.

Firma y sello del Ofertante

Teléfono de contacto

Dirección:

E-mail:

**ANEXO n° 2.**

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN GENERAL DEL OFERENTE**

**Señores**

**MINSAL**

El que suscribe, Representante Legal de *......................................................,* identificado con Documento de Identidad N° .*.....................,* **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, teléfono y Correo electrónico de la persona de contacto** | |  | | | |

***Información del Representante Legal:***

|  |
| --- |
| Información del representante autorizado del Oferente:  Nombre: *[indicar el nombre 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

**ANEXO n°3.**

**LISTA DE PRECIOS**

Solicitud de Cotización N°: CSJ-213-MINSAL-GO-RFQ, denominado “ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO CLÍNICO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO  (INCLUYE IVA) | TOTAL  (INCLUYE IVA) |
| 1 | Tabla Espinal Pediátrica | C/U | 31 |  |  |
| MONTO TOTAL OFERTADO | | | | |  |

Plazo de entrega: 60 días hábiles contados a partir de la distribución de la Orden de Compra.

El precio ofertado está 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.

[Los precios ofertados deberán ser consignados 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.

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

Firma y sello del proveedor

(Representante Legal o Apoderado Legal).

Firma del Ofertante

Sello del Proveedor

**ANEXO n°4.**

**CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.**

| Especificaciones Técnicas Solicitadas | | Especificaciones Técnicas Ofertadas |
| --- | --- | --- |
| Producto | Herramienta médica utilizada para inmovilizar la columna vertebral en caso de lesiones traumáticas. |  |
| Características | * Diseñada para la inmovilización y el transporte de niños de hasta 120 cm de altura aproximadamente. * Diseñado con por lo menos 4 ojales para una fijación rápida. * Con inmovilizador de cabeza y 2 ojales en la parte de soporte. * Debe permitir la facilidad de diagnósticos preliminares con rayos X. * Se puede suministrar en cualquiera de los siguientes colores, amarillo, naranja o azul. * Impermeable a todos los fluidos corporales y fácil de descontaminar. * Capacidad de carga hasta 100 kg. |  |
| Características Mecánicas | * Fabricada en material plástico tipo ABS o similares de alta resistencia. * Material resistente a la limpieza con desinfectantes de uso hospitalario. |  |
| Accesorios incluidos por producto | * Incluir Inmovilizador de cabeza con fijación, banda frontal y para mentón. * Juego de correas con velcro, tipo araña o pulpo. * Cinturones de sujeción extra. |  |
| Estándares y Normativas | * Certificado de calidad CE (Conformidad Europea) o FDA. * Norma ISO 9001:2015 de Gestión de la Calidad. |  |
| Condiciones de Recepción | * Deberá entregarse en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. |  |
| Condiciones de Instalación | * La tabla deberá quedar ensamblado y funcionando correctamente con todos sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato. |  |
| Información Técnica Requerida | * Con la oferta: * Catálogo con especificaciones técnicas referencias según folio de la toda la oferta. * Con el dispositivo: * Brochure o inserto de Usuario en Castellano. |  |
| Garantía | * Garantía de fábrica o del distribuidor de UN (1) año para todo el dispositivo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios. * La tabla entregada deberá ser completamente nueva, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. |  |
| Plazo de Entrega | * 60 días hábiles contados a partir de la distribución de la Orden de Compra |  |

**ANEXO n°5.**

**DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA.**

Fecha: [indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta]

Solicitud de Cotización n°. CSJ-213-MINSAL-GO-RFQ, Denominado “ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO CLÍNICO”

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 SDC de contrato con el Comprador por un período de 2 años contados a partir de la fecha de presentación de ofertas, si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la oferta si:

1. retiráramos nuestra oferta durante el período de vigencia de la oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o
2. 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, (iii) no cumplimos con el suministro pactado o su modificativa.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirara si no somos seleccionados, y cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) si recibimos una copia de su comunicación con el nombre del Ofertante 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 Licitante]

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

Sello Oficial de la Corporación (si corresponde)

**ANEXO n°6.**

**DECLARACIÓN JURADA**

Señores:

Unidad de Gestión de Programas y Proyectos de Inversión (UGPPI)

Presente

Atendiendo la invitación recibida para participar en el proceso de Solicitud de Cotización N CSJ-213-MINSAL-GO-RFQ, denominada “ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO CLÍNICO”, para ser entregados en \_\_\_\_\_, detallados en los documentos adjuntos a esta carta.

Al presentar la propuesta como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (persona natural, persona jurídica o asociación, según aplique), declaro bajo juramento, que:

Me comprometo a entregar y proveer los servicios con sujeción a los requisitos que se estipulan en las Especificaciones Técnicas y por los precios detallados en mi Oferta.

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 de la orden de Compra, 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).

Garantizo la veracidad y exactitud de la información y las declaraciones incluidas en los documentos de la oferta, formularios y otros anexos.

Me comprometo a no incurrir o denunciar cualquier acto relacionado con prácticas prohibidas que fuere de mi conocimiento durante el desarrollo del proceso.

Atentamente,

Nombre y firma del Representante Legal, Nombre de la Empresa

(Lugar y fecha)

**Anexo n°. 8.**

**DECLARACIÓN JURADA DE CUENTA BANCARIA**

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



***ANEXO n.° 9***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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°. 10***  **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: | |  | |