**ANEXO n.° 1: FORMULARIO DE LA OFERTA**

(Lugar y fecha)

Señores

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

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

**Solicitud de Cotización n.° CSJ-217-MINSAL-GO-RFQ**

**Denominado: “ADQUISICIÓN DE ACCESORIOS DE EQUIPO MÉDICO”.**

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:

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 60 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-217-MINSAL-GO-RFQ**

**Denominado: “ADQUISICIÓN DE ACCESORIOS DE EQUIPO MÉDICO”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO**  **(INCLUYE IVA)** | **TOTAL**  **(INCLUYE IVA)** |
| 1 | FRASCO GRADUADO PARA TRAMPA DE AGUA CON DIFERENTES CAPACIDADES. | C/U | 625 |  |  |
| **MONTO TOTAL OFERTADO** | | | | |  |

Plazo de entrega: El plazo para la entrega de los bienes será de sesenta (60) días hábiles contados a partir de la distribución de la orden de compra.

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.

[Los precios ofertados 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

PLAZO DE ENTREGA: ……………

Firma y sello del proveedor

(Representante Legal o Apoderado Legal).

**ANEXO n.° 4: CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

| **ÍTEM** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 81503570 | FRASCO GRADUADO PARA TRAMPA DE AGUA, CON DIFERENTES CAPACIDADES EMPAQUE INDIVIDUAL | 625 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS.** |
| **FRASCO GRADUADO PARA TRAMPA DE AGUA, CON DIFERENTES CAPACIDADES EMPAQUE INDIVIDUAL** | | **MARCA**  **MODELO:**  **PAÍS DE ORIGEN:** |
| **DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO.** | Sistema de drenaje torácico estéril, descartable graduado, con sello de agua tipo pleur-avac, utilizado para eliminar el exceso de líquido, sangre o aire de la cavidad pleural como: neumotórax, hemotórax, hemoneumotórax, neumectomía-lobectomía, cirugía cardíaca. | (COLUMNA A COMPLETAR SEGÚN SUMINISTRO A OFERTAR) |
| Frasco elaborado a base de policarbonato o material superior, resistente a la desinfección química, esterilización a vapor, con sus conectores y flotador antirebalse con 2 a 3 cámaras recolectoras con volumen total máximo entre 1500 a 2500 ml, medición en rangos mínimo de 50 a 100ml, manómetro, testigo de aspiración, cámara de sello de agua, columna de agua, indicador de presión negativa, salida tubo al paciente y dispositivo para toma de muestra. |  |
| **Requisitos Generales.** | Proyecto o diseño (arte) del material de empaque primario y secundario, legible y a color, presentando por escrito las características (Especificaciones Técnicas) de los materiales de cada uno de los empaques, detallados de forma clara y precisa en la oferta, además del diseño (arte) del etiquetado respectivo.  En caso de no contar con el proyecto o diseño (arte), el oferente podrá presentar muestra del producto ofertado o catálogo incluyendo la rotulación de los empaques tal como se describe más adelante. |  |
| Para ser entregado el proyecto de diseño de arte, muestra o catálogo si se requiere, estos deberán estar debidamente identificados con:   * Número de ítem, * código, * descripción del insumo médico y * nombre de la empresa participante,   dentro del día hábil siguiente a la fecha de recepción de ofertas, todo de conformidad al formato de Recepción de Muestras para Evaluación de Ofertas.  (Ver Manual de Procedimientos para la Evaluación de Calidad de los Medicamentos e De insumo médico adquiridos por el MINSAL). |  |
| **Rotulación y Etiquetado** | La rotulación del empaque primario deberá contener como mínimo la siguiente información:   * + 1. Nombre del insumo médico     2. Número de lote o serie     3. Nombre del fabricante o logotipo que lo identifique     4. Origen     5. Fecha de vencimiento (cuando aplique)   En el caso que el empaque primario no especifique lo establecido en los literales c) y d), podrá aceptarse que esta información se detalle solamente en el empaque secundario. |  |
| La rotulación del empaque secundario deberá contener como mínimo la siguiente información:   1. Nombre del insumo médico 2. Número de lote o serie 3. Nombre del fabricante 4. Origen   Fecha de vencimiento (cuando aplique) |  |
|  | La información de rotulado de los empaques deberá ser impresa directamente en el empaque primario y secundario o haciendo uso de etiquetas firmemente adheridas que no sean desprendibles, no se aceptarán fotocopias o fotografias. La impresión deberá ser nítida, indeleble al manejo y legible a simple vista, no presentar borrones, raspados, manchas ni alteraciones de ningún tipo, toda la información provista deberá estar en idioma castellano. |  |
| **Características del Material de Empaque Necesario para la Evaluación de los Productos.** | Las características del material de empaque primario y empaque secundario serán verificadas por el PEO en la muestra. Si lo presentado es Diseño del material de empaque, debe incluir las características de los materiales de los empaques, según se detalla en la parte de requisitos generales.  Empaque primario:  Debe proteger al insumo médico de los factores ambientales (temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento. |  |
| Empaque secundario:  Empaque secundario debe ser resistente, DE CARTÓN, que permita la protección necesaria del empaque primario (***no se aceptarán empaques tipo cartulina o bolsa plástica***). |  |
| **Producto Extranjero** | Cuando el producto sea extranjero y cumpla con las especificaciones solicitadas y no cuente con registro sanitario en la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS), ***presentar carta compromiso*** que solicitará un permiso especial de importación otorgado por la SRS. |  |
| **Condiciones de entrega de los suministros.** | Confirmar que se cumplirán con las condiciones de entrega considerados en las especificaciones técnicas del suministro, como se detalla en el numeral F. REQUISITOS ADICIONALES DE ENTREGA. del documento de solicitud de cotización. |  |

Firma del Ofertante

Sello

**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-217-MINSAL-GO-RFQ denominado “ADQUISICIÓN DE ACCESORIOS DE EQUIPO MÉDICO.

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 **un año** para el literal a) y **tres años** para el literal b), 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]

Firma del Ofertante

Sello Oficial de la Corporación (si corresponde)

**ANEXO n.° 6- DECLARACIÓN JURADA**

Señores

Unidad Coordinadora Proyectos Creciendo Juntos (UCPCSJ)

Presente

Atendiendo la invitación recibida para participar en el proceso de Solicitud de Cotización N° CSJ-217-MINSAL-GO-RFQ denominado “ADQUISICIÓN DE ACCESORIOS DE EQUIPO MÉDICO, 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° 7: MODELO DE ORDEN DE COMPRA** **(A COMPLETAR POR EL MINSAL)**

**ORDEN DE COMPRA ORIGINAL**

**ANEXO 8 . DECLARACIÓN JURADA DE CUENTA BANCARIA**

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



# **ANEXO 9. COMPROBANTE DE RETENCION DE IVA ELECTRÓNICO – EMPRESA**

**(Formulario exclusivo para el oferente 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: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION REQUERIDA PARA COMPROBANTE DE RETENCION DE IVA ELECTRONICO**  **- PERSONA NATURAL** | | | | |
| **(Formulario exclusivo para el oferente 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: |  | |
| Nombre: |  | |