**ANEXO N°1: FORMULARIO DE LA OFERTA**

(Lugar y fecha)

Señores

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

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

Comparación de Precios N°: OPEP-06-CP-B, denominada “ADQUISICIÓN DE UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA PARA HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL”

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:

Para el Ítem 1 el precio total de nuestra oferta, a continuación, es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el precio total de la oferta del Ítem en palabras y en cifras, indicando las cifras respectivas en diferentes monedas];

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: LISTA DE CANTIDADES Y PRECIOS**

(Lugar y fecha)

Señores

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

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

Comparación de Precios N°: OPEP-06-CP-B, denominada “ADQUISICIÓN DE UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA PARA HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | UNIDAD | PRECIO UNITARIO(INCLUYE IVA) | TOTAL(INCLUYE IVA) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 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, servicios conexos 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

País de Origen del bien:

Plazo de entrega:

Firma del Ofertante

Sello del Proveedor

**ANEXO N°3: CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ÍTEM | CÓDIGO MINSAL | CÓDIGO ONU | NOMBRE | CANTIDAD | ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS |
| 1 | 60302254 | 42295104 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA  | 1 |  |
| Marca:  |  |
| Modelo:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS**  | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS.**  |
| 1.1 No se aceptarán ofertas que contengan cantidades diferentes a las especificadas.  |  |
| 1.2 No se aceptarán ofertas que no estén de acuerdo con las Especificaciones Técnicas mínimas contenidas en este documento.  |  |
| 1.3 Los equipos a suministrar deberán ser totalmente nuevos, no reconstruidos o modificados de fabricación reciente, no mayor a seis meses, entregados según matriz de distribución e instalados y calibrados, para uso inmediato previas pruebas de aceptación por parte de la Institución.  |  |
| 1.4 Al momento de la recepción se deberá colocar una placa en un lugar visible en cada componente del o los equipos en la que pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen en empaque de fábrica. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS**  | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS.**  |
|    |   | **Servicios conexos** |  |
| Ítem No.  | DESCRIPCIÓN | Cantidad | Garantía (Años) | Capacitación (S/N) | Mantenimiento (S/N/No. Visitas) |  |
| 1 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA  | 1 | 3 | S | S/6 |  |

**INFORMACIÓN TECNICA REQUERIDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS**  | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS.** |
| **CON LA OFERTA:** |  |
| 2.1.1 Para evaluar las ofertas se debe de presentar documentación técnica y de ventas tales como brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio u hojas técnicas en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas. |  |
| 2.1.2 **Muy importante:** Todas las páginas de la oferta deberán ser foliadas (numeradas), incluyendo los catálogos, brochures o manuales que se incluyan en la oferta. |  |
| 2.1.3 Se debe realizar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas, haciendo referencia al número de folio, NO al número de las páginas de los brochures, manuales o catálogos donde se pueda verificar su cumplimiento.  |  |

**SERVICIOS CONEXOS**

| **ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS.** |
| --- | --- |
|  **GARANTIA:** |  |
| 3.1.1 Garantía de tres (3) años contra desperfectos de fabricación, para lo cual se deberá presentar certificado de garantía de parte del proveedor o fabricante. |  |
| 3.1.2 Compromiso por parte del proveedor de realizar actualizaciones de los programas (software) durante el periodo de garantía sin costo adicional. |  |
| **REPUESTOS:**  |  |
| 3.2.1 Para el equipo se requiere compromiso por escrito del suministrante de contar con repuestos por un período mínimo de cinco (5) años. |  |
| 3.2.2 Para el equipo se requiere la entrega de tabla con los precios de los repuestos y consumibles más usuales. |  |
| **CAPACITACIÓN****PARA PERSONAL USUARIO:**  |  |
| 3.3.1 El contratista proporcionará a entera satisfacción las capacitaciones. relacionadas a la operación del equipo, en castellano, dirigidas el personal usuario, las cuales se realizarán en las instalaciones de los Hospitales de acuerdo con la Matriz de distribución. |  |
| 3.3.2 La capacitación debe de contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza del equipo, aplicaciones clínicas y de uso en general.  |  |
| 3.3.3Este programa de capacitación debe estar autorizado por la Jefatura de Quirófanos y/o la Jefatura del Servicio de Endoscopia de cada hospital de acuerdo con la matriz de distribución. |  |
| 3.3.4 El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en cada uno de los temas y certificado por el fabricante (deberán presentar certificados). |  |
| **CAPACITACIÓN****PARA PERSONAL DE MANTENIMIENTO:** |  |
| 3.3.5 Para el equipo se proporcionará a entera satisfacción, capacitaciones o entrenamientos de servicio y mantenimiento dirigidos al personal técnico del área de mantenimiento en las instalaciones de cada Hospital conforme Matriz de Distribución.  |  |
| 3.3.6 La capacitación debe de contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas, solicitud de repuestos.  |  |
| 3.3.7 El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en cada uno de los temas y certificado por el fabricante (deberán presentar certificados). |  |
| 3.3.8 El contratista deberá actualizar periódicamente y cuando sea requerido, las instrucciones en el manejo del equipo al personal operador de éstos. |  |
| 3.3.9 Incluir todo el material y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.  |  |
| 3.3.10 Este programa de capacitación debe estar autorizado por la Jefatura de Mantenimiento correspondiente a cada Hospital de acuerdo a la Matriz de Distribución. |  |
| **RUTINAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO** |  |
| 3.3.3.1 Las rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera: la primera rutina deberá ser realizada, seis (6) meses posteriores a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes. |  |
| 3.3.3.2 Las demás rutinas se realizarán de acuerdo con el programa de mantenimiento presentado al jefe de mantenimiento de cada hospital de acuerdo con la Matriz de Distribución, este tiempo podrá ser en períodos iguales según lo solicitado en el cuadro de servicios conexos.  |  |
| 3.3.3.3 La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el jefe de mantenimiento de cada hospital de acuerdo con la Matriz de Distribución. |  |
| 3.3.3.4 La empresa deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado de los equipos ofertados, para lo cual el contratista deberá entregar los atestados del personal de servicio técnico. |  |
| 3.3.3.5 El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida. |  |
| 3.3.3.6 Toda acción preventiva deberá estar respaldada por reporte de servicio, elaborado por el contratista, el cual deberá ser firmado y sellado por los responsables de supervisar el trabajo realizado para lo cual deberá dejar copia de dicho documento.  |  |
| 3.3.3.7 Como parte del mantenimiento preventivo se deberán incluir, sin causar gastos adicionales, todos los materiales y consumibles necesarios para cumplir con las rutinas correspondientes, por ejemplo: lubricantes, limpiadores, franela, fusibles, bombillos, etc. |  |
| 3.3.3.8 Asignar un libro de control (Bitácora) para cada equipo, elaborada y suministrada por el contratista, en la que consten las fechas de las revisiones efectuadas y las reparaciones que se hagan, debiéndose describir la acción realizada, repuestos instalados con su número de parte respectivo, y cualquier información adicional al respecto, dicha bitácora se firmará y entregará al Jefe del Departamento de Mantenimiento cada hospital de acuerdo con la Matriz de Distribución. Estas deberán estar disponibles en los equipos y sólo podrán escribir notas los representantes de la marca de los equipos y las jefaturas o supervisores de cada área. |  |
| 3.3.3.8 Cada año durante el periodo de garantía, la empresa deberá presentar un reporte de seguridad eléctrica de cada uno de los componentes del equipo, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y los usuarios, en caso de existir deficiencias se deberán corregir de forma oportuna.  |  |
| 3.3.3.9 Para las visitas de mantenimiento preventivo, éstas deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento aprobado por la Jefatura de Mantenimiento, salvo en situaciones especiales, las cuales deberán ser previamente acordadas entre las partes. |  |
| **SERVICIO TÉCNICO:** |  |
| 3.4.1 La empresa deberá contar con departamento de servicio técnico de preferencia en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado de los equipos ofertados, para lo cual el contratista deberá entregar los atestados del personal de servicio técnico donde se evidencie la experiencia y entrenamiento de fabricante recibido. |  |
| **RUTINAS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO EMERGENTE:**  |  |
| 3.5.1 Son todas aquellas llamadas por falla o calibración en los equipos durante el periodo de la garantía y que deben de ser atendidas en el sitio en un período no mayor a 8 horas. |  |
| 3.5.2 El plazo para la reparación del equipo será acorde a la magnitud de la falla, de lo cual se informará al Departamento de Mantenimiento y la Jefatura de Quirófanos y/o la Jefatura del Servicio de Endoscopia de cada hospital de acuerdo con la matriz de distribución, para su seguimiento y aprobación respectiva.  |  |
| 3.5.3 En los casos que la empresa compruebe que requiere un tiempo mayor para una reparación al plazo acordado, deberá notificar este hecho a la Dirección del Hospital con copia al Departamento de Mantenimiento y la Jefatura de Quirófanos y/o la Jefatura del Servicio de Endoscopia de cada hospital de acuerdo con la matriz de distribución. |  |
| 3.5.4 Para el equipo, si durante el período de garantía uno o varios equipos no puede ser reparado o pasa más de sesenta días continuos fuera de servicio este o estos deberán de ser sustituidos por uno de iguales o mejores características a las ofertadas sin costo para la institución. |  |
| 3.5.5 El mantenimiento correctivo debe incluir todos los repuestos necesarios para mantener el equipo en condiciones óptimas de funcionamiento, los cuales serán reemplazados en presencia de la Supervisión del Departamento de Mantenimiento de cada hospital. |  |
| **PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS:**  |  |
| 4.1 Para el equipo, se realizarán pruebas de aceptación, las cuales se harán en presencia del personal del Departamento de Mantenimiento y la Jefatura de Quirófanos y/o la Jefatura del Servicio de Endoscopia de cada hospital; realizando las comprobaciones de funcionamiento y tomando como base el documento de aceptación del fabricante. |  |

| **ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS.** |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN**  | **Equipo de Electrocirugía con Argón, para la Coagulación en Endoscópica Terapéutica.** |  |
| **2. GENERALES** | 2.1 Unidad compuesta por sistema de electrocirugía de alta frecuencia, sistema de coagulación de argón y bomba de irrigación para endoscopia, integrados o modulares, pero de funcionamiento conjunto. |  |
| 2.2. Sistema controlado por microprocesador |  |
| 2.3 Activación mediante interruptor manual y pedal. |  |
| 2.4 Pedal de funcionamiento inalámbrico.  |  |
| 2.5 Panel de visualización de parámetros con pantalla LCD, TFT o LED a color, donde se observe los modos de electrocirugía, valores de potencia, flujo de gas y estado actual del tanque de gas (indicador de volumen o presión) como mínimo. |  |
| 2.6 Indicadores audibles en cada modo de operación |  |
| 2.7 Capacidad de 3 modos de coagulación con argón como mínimo. |  |
| 2.8 Adaptación automática de potencia de salida a las distintas impedancias de tejido. |  |
| 2.9 Sistema de seguridad y alarma del electrodo neutro descartable de doble superficie, placa plastificada o sabana. |  |
| 2.10 Sistema de bloqueo de la salida en caso de falla en la conexión de los electrodos activos o placa del paciente |  |
| **3. ELECTROCIRUGÍA DE ALTA FRECUENCIA** | 3.1 Frecuencia aproximada de operación entre 300 a 500 kHz |  |
| 3.2 Modo monopolar y bipolar |  |
| 3.3 Circuito de protección para monitorear la calidad de contacto del electrodo de retorno. |  |
| 3.4 Al menos una salida monopolar de tres guías. |  |
| 3.5 Una salida bipolar de dos guías. |  |
| 3.6 Una salida para electrodo neutro |  |
| 3.7 Una salida para gas argón. |  |
| **4. MODOS DE SALIDA** | 4.1 **Modos mínimos de energía de trabajo:** |  |
| 4.2 Monopolar  |  |
| 4.3 Corte Puro |  |
| 4.4 Corte Mezclado |  |
| 4.5 Coagulación por contacto (Suave o Desecación o estándar) |  |
| 4.6 Coagulación por fulguración (Spray) |  |
| 4.7 Bipolar |  |
| 4.8 Corte |  |
| 4.9 Coagulación  |  |
| 4.10 **La potencia máxima de salida deberá ser:** |  |
| 4.11 Monopolar: |  |
| 4.12 Corte puro: 120 Watts o mayor. |  |
| 4.13 Coagulación: 120 Watts o mayor. |  |
| 4.14 Bipolar  |  |
| 4.15 100 watts o mayor |  |
| **5. COAGULADOR DE ARGÓN** | 5.1 Control de flujo de gas en el panel del equipo |  |
| 5.2 Tipo de gas argón requerido: 4.8 (99.99%) o más puro. |  |
| 5.3 Rango de flujo de gas: (0.1-8) litros/min o rango superior. |  |
| 5.4 Ajuste de flujo con pasos de 0.1 litro/minuto o menos. |  |
| **6.** **BOMBA DE IRRIGACIÓN PARA ENDOSCOPIA** | 6.1 Capacidad de irrigar el fluido a través del instrumento o de los canales de agua auxiliares de los endoscopios, lo que permite el lavado de la mucosa gástrica durante los procedimientos |  |
| 6.2 Flujo máximo; |  |
| 6.2.1 En canal de trabajo de 750 ml/min o mayor. |  |
| 6.2.2 Canal auxiliar de 200 ml/min o mayor. |  |
| 6.3 Accionamiento por pedal  |  |
| **7. ACCESORIOS O INSUMOS INCLUIDOS** | Un (1) carro rodable original de fabricante. |  |
| Dos (2) tanques de gas argón de volumen de al menos 60 pies cúbicos con válvula de reducción de presión y sensor. |  |
| Dos (2) carretillas verticales para transporte y ubicación segura de cilindros (si aplica) |  |
| Dos (2) Mangueras de baja presión para conexión entre reductor de presión del cilindro y entrada del equipo |  |
| Un (1) pedal inalámbrico para funciones de corte y coagulación monopolar y bipolar. |  |
| Un (1) pedal para accionamiento de bomba de irrigación. |  |
| Veinte (20) sondas flexibles para argón plasma, aplicación axial, entre (2.0 - 2.8) mm de diámetro y de 2.2 m de largo como mínimo  |  |
| Veinte (20) sondas flexibles para argón plasma, aplicación lateral, entre (2.0 - 2.8) mm de diámetro y de 2.2 m de largo como mínimo. |  |
| Veinte (20) sondas flexibles para argón plasma, aplicación radial, entre (2.0 - 2.8) mm de diámetro y de 2.2 m de largo como mínimo  |  |
| Un (1) cable de conexión de sondas flexibles para argón plasma |  |
| Cincuenta (50) electrodos neutros descartables de doble campo para adulto. |  |
| Cincuenta (50) electrodos neutros descartables de doble campo para paciente pediátrico,  |  |
| Dos (2) cable conector a electrodos neutros de 3 m de largo como mínimo. |  |
| Dos (2) Cables activos para accesorios de endoscopia |  |
| Un (1) contenedor de agua para el irrigador de al menos 2 litros, si aplica |  |
| Cien (100) tubos y adaptadores desechables para irrigación de canal de trabajo. |  |
| Cien (100) tubos y adaptadores desechables para irrigación de canal auxiliar de agua |  |
| Un (1) cable de alimentación de al menos 3 m de largo.  |  |
| Agregar cualquier instrumento o accesorio necesario para el uso adecuado del equipo, insumos e instrumental solicitado. |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS** | Todos los equipos deberán poder conectarse a: |  |
| Voltaje de alimentación:120 VAC ± 10%. Frecuencia: 60 Hz. |  |
| Fases: 1. |  |
| **CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS** | Equipo y carro fabricado de material resistente y anticorrosivo; resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. |  |
| **DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR** | **CON LA OFERTA:** Presentar los siguientes certificados |  |
| Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485. |  |
| 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 |  |
| Para equipos eléctricos: Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1. |  |
| **CON EL EQUIPO:**  |  |
| Se deberá hacer acta de recepción de los manuales aquí descritos los que se entregarán Dos (2) copias preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés: |  |
| Manual de Operación en castellano |  |
| Manual de Partes  |  |
| Manual de Servicio  |  |

Firma del Ofertante,

Sello del Proveedor.

**ANEXO N°4: DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA**

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

Comparación de Precios N°: OPEP-06-CP-B, denominada “ADQUISICIÓN DE UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA PARA HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL”

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:

(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, **(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°5- DECLARACIÓN JURADA**

Señores

Unidad de Gestión de Programas y Proyectos de Inversión

Presente

Atendiendo la invitación recibida para participar en el proceso de Comparación de Precios N° OPEP-06-CP-B, denominada “ADQUISICIÓN DE UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA PARA HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL”, 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 la OPEP, bajo las leyes del país del COMPRADOR o normativas oficiales, y iii) no tenemos ninguna sanción de la OPEP 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

o persona natural

(Lugar y fecha)

**ANEXO 7**

**GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO (GARANTÍA BANCARIA)**

(Incondicional)

*[Indique el Nombre del Banco, y la dirección de la sucursal que emite la garantía]*

**Beneficiario:** *[indique el nombre y la dirección del Contratante]*

**Fecha:** *[indique la fecha]*

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO No.** *[indique el número de la Garantía de Cumplimiento]*

Se nos ha informado que *[indique el nombre del Contratista]* (en adelante denominado “el Contratista”) ha celebrado el Contrato No. *[indique el número referencial del Contrato*] de fecha *[indique la fecha]* con su entidad para la ejecución de *[indique el nombre del Contrato y una breve descripción de las Obras]* en adelante “el Contrato”).

Así mismo, entendemos que, de acuerdo con las condiciones del Contrato, se requiere una Garantía de Cumplimiento.

A solicitud del Contratista, nosotros *[indique el nombre del Banco]* por este medio nos obligamos irrevocablemente a pagar a su entidad una suma o sumas, que no exceda(n) un monto total de ­­­­­*[indique la cifra en números] [indique la cifra en palabras],[[1]](#footnote-1)* la cual será pagada por nosotros en los tipos y proporciones de monedas en las cuales el Contrato ha de ser pagado, al recibo en nuestras oficinas de su primera solicitud por escrito, acompañada de una comunicación escrita que declare que el Contratista está incurriendo en violación de sus obligaciones contraídas bajo las condiciones del Contrato sin que su entidad tenga que sustentar su demanda o la suma reclamada en ese sentido.

Esta Garantía expirará el *[indicar el día]* día del *[indicar el mes]* mes del *[indicar el año][[2]](#footnote-2)*. Consecuentemente, cualquier solicitud de pago bajo esta Garantía deberá recibirse en esta institución en o antes de esta fecha.

Esta Garantía está sujeta a las Reglas uniformes de la CCI relativas a las garantías pagaderas contra primera solicitud (Uniform Rules for Demand Guarantees), Publicación del CCI No. 458. (ICC, por sus siglas en inglés), excepto que el subpárrafo (ii) del subartículo 20 (a) está aquí excluid

*[Firma(s) del (los) representante(s) autorizado(s) del banco]*

**ANEXO 8**

**GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO (FIANZA)**

*[El* ***Garante/ Oferente seleccionado*** *que presenta esta fianza deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas en corchetes, si el Contratante solicita este tipo de garantía]*

Por esta Fianza *[indique el nombre y dirección del Contratista]* en calidad de Mandante (en adelante “el Contratista”) y *[indique el nombre, título legal y dirección del garante, compañía afianzadora o aseguradora]* en calidad de Garante (en adelante “el Garante”) se obligan y firmemente se comprometen con *[indique el nombre y dirección del Contratante]* en calidad de Contratante (en adelante “el Contratante”) por el monto de *[indique el monto de fianza] [indique el monto de la fianza en palabras][[3]](#footnote-3),* a cuyo pago en forma legal, en los tipos y proporciones de monedas en que deba pagarse el Precio del Contrato, nosotros, el Contratista y el Garante antemencionados nos comprometemos y obligamos colectiva y solidariamente a nuestros herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios a estos términos.

Considerando que el Contratista ha celebrado con el Contratante un Contrato con fecha[[4]](#footnote-4) del *[indique el número]* díasde *[indique el mes]* de *[indique el año]* para *[indique el nombre* *del Contrato]* de acuerdo con los documentos, planos, especificaciones y modificaciones de los mismos que, en la medida de lo estipulado en el presente documento, constituyen por referencia parte integrante de éste y se denominan, en adelante, el Contrato. Esta Garantía tendrá una vigencia de \_\_\_\_ contados a partir de la distribución del Contrato.

Por lo tanto, la Condición de esta Obligación es tal que si el Contratista diere pronto y fiel cumplimiento a dicho Contrato (incluida cualquier modificación del mismo), dicha obligación quedará anulada y, en caso contrario, tendrá plena vigencia y efecto. En cualquier momento que el Contratista esté en violación del Contrato, y que el Contratante así lo declare, cumpliendo por su parte con las obligaciones a su cargo, el Garante podrá corregir prontamente el incumplimiento o deberá proceder de inmediato a:

 (1) llevar a término el Contrato de acuerdo con las condiciones del mismo, o

 (2) obtener una oferta u ofertas de Oferentes calificados y presentarla(s) al Contratante para llevar a cabo el Contrato de acuerdo con las Condiciones del mismo y, una vez que el Contratante y el Garante hubieran determinado cuál es el Oferente que ofrece la oferta evaluada más baja que se ajusta a las condiciones de la licitación, disponer la celebración de un Contrato entre dicho Oferente y el Contratante. A medida que avancen las Obras (aun cuando existiera algún incumplimiento o una serie de incumplimientos en virtud del Contrato o los Contratos para completar las Obras de conformidad con lo dispuesto en este párrafo), proporcionará fondos suficientes para sufragar el costo de la terminación de las Obras, menos el saldo del Precio del Contrato, pero sin exceder el monto fijado en el primer párrafo de este documento, incluidos otros costos y daños y perjuicios por los cuales el Garante pueda ser responsable en virtud de la presente fianza. La expresión "saldo del Precio del Contrato" utilizada en este párrafo significará el monto total pagadero por el Contratante al Contratista en virtud del Contrato, menos el monto que el Contratante hubiera pagado debidamente al Contratista, o

(3) pagar al Contratante el monto exigido por éste para llevar a cabo el Contrato de acuerdo con las Condiciones del mismo, hasta un total que no exceda el monto de esta fianza.

El Garante no será responsable por una suma mayor que la penalización específica que constituye esta fianza.

Cualquier juicio que se entable en virtud de esta fianza deberá iniciarse antes de transcurrido un año a partir de la fecha de emisión del certificado de terminación de las obras.

Ninguna persona o empresa del Contratante mencionado en el presente documento o sus herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios podrá tener o ejercer derecho alguno en virtud de esta fianza.

En fe de lo cual, el Contratista ha firmado y estampado su sello en este documento, y el Garante ha hecho estampar su sello institucional en el presente documento, debidamente atestiguado por la firma de su representante legal, a los *[indique el número]* días de *[indique el mes]* de *[indique el año].*

Firmas

**ANEXO 9**

**DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL**

COMPARACIÓN DE PRECIOSN**°** OPEP-06-CP-B, denominada “ADQUISICIÓN DE UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA PARA

El que suscribe, Representante Legal de *......................................................,* identificado con Documento de Identidad Nº .*.....................,* **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 |  |

***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)

1. El Garante (banco) indicará el monto que representa el porcentaje del Precio del Contrato estipulado en el Contrato y denominada en la(s) moneda(s) del Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Contratante. [↑](#footnote-ref-1)
2. Indique la fecha que corresponda veintiocho días después de la Fecha de Terminación Prevista. El Contratante deberá observar que, en el caso de prórroga del plazo de terminación del Contrato, el Contratante necesitará solicitar una extensión de esta Garantía al Garante. Dicha solicitud deberá ser por escrito y presentada antes de la expiración de la fecha establecida en la Garantía. Al preparar esta Garantía el Contratante podría considerar agregar el siguiente texto al formulario, al final del penúltimo párrafo: “El Garante conviene en una sola extensión de esta Garantía por un plazo no superior a [seis meses]/[ un año], en respuesta a una solicitud por escrito del Contratante de dicha extensión, la que será presentada al Garante antes de que expire la Garantía.” [↑](#footnote-ref-2)
3. El Fiador debe indicar el monto equivalente al porcentaje del precio del Contrato especificado en las CEC, expresado en la(s) moneda(s) del Contrato, o en una moneda de libre convertibilidad aceptable para el Contratante. [↑](#footnote-ref-3)
4. Fecha de la carta de aceptación o del Convenio. [↑](#footnote-ref-4)