**FORMULARIOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

FORMULARIO N° 01: FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

FORMULARIO N° 02: DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL

FORMULARIO N° 03: ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS Y LISTA DE BIENES

FORMULARIO N° 04: FORMULARIO DE COTIZACIÓN: LISTA DE PRECIOS

FORMULARIO N° 05: DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA

**FORMULARIO N° 01: FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

COMPARACIÓN DE PRECIOS **No*.* PRIDESII-322-CP-B-MINSAL**

**ADQUISICIÓN DE COLPOSCOPIO, UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA, MORCELADOR, CAMILLA DE TRANSPORTE, CARRO DE CURACIONES, SILLÓN PARA DIÁLISIS, MESA GINECOLÓGICA Y PUENTE PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL**

Fecha: -----------------------------------------

Señores

**MINSAL/PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD II**

**Contrato de Préstamo No. 3608/OC-ES**

Nosotros los suscritos, declaramos que:

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

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° 02: DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL**

COMPARACIÓN DE PRECIOS **No*.* PRIDESII-322-CP-B-MINSAL**

**ADQUISICIÓN DE COLPOSCOPIO, UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA, MORCELADOR, CAMILLA DE TRANSPORTE, CARRO DE CURACIONES, SILLÓN PARA DIÁLISIS, MESA GINECOLÓGICA Y PUENTE PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL**

Señores

**MINSAL/PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD II**

**Contrato de Préstamo No. 3608/OC-ES**

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)

**FORMULARIO N° 03: ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS**

Deberán detallar las especificaciones técnicas y condiciones ofertadas, para verificar su cumplimiento, de igual forma, se comprobará la presentación de las cartas compromisos e información que se solicita sea presentada con la oferta.

| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA:*** Con la oferta:

Se debe de presentar documentación como brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio u hojas técnicas en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.Se deberán foliar todas las páginas de la oferta, se elaborará cuadro comparativo del cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas; éstas se marcarán y se referenciarán en los catálogos presentados para verificar su conformidad. La referencia deberá realizarse de acuerdo al número de FOLIO, no de la numeración de los catálogos, esto con el fin de facilitar la evaluación de los ítems. **De no cumplir este requisito la comisión de evaluación se reserva el derecho de consultar o evaluar la oferta.*** Con el equipo (sólo aplica para los ítems 1,2 y 3):

Manual de Operación en castellanoManual de Partes Manual de Servicio Estos últimos dos preferiblemente en idioma castellano en su defecto en inglés. |  |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** |
| **1** | **60303032** | **42182003** | **COLPOSCOPIO** |
| Tipo de equipo | **ESPECIALIZADO** | **Cantidad** | **3** |
| Descripción | Instrumento de precisión óptico para exámenes ginecológicos para evaluar la patología del tracto genital inferior.  |
| * Cabezal inclinado tipo binocular, con un ángulo del eje óptico entre 30° a 45°, con ajuste de distancia interpupilar.
* Distancia focal aproximada del objetivo 300 mm.
* Ajuste manual de magnificación en al menos 5 posiciones, con un valor máximo, no menor de 20x.
* Sistema de enfoque de precisión.
* Oculares en un rango entre 10x - 20x, con ajuste de compensación de dioptrías, preferiblemente con copas y corrección, para observación con y sin gafas.
* Diámetro del campo de visión para mínima magnificación, no menor a 35 mm.
* Fuente de luz fría LED, para alta penetración y definición.
* Transmisión de luz por fibra óptica o coaxial.
* Control de intensidad de iluminación.
* Filtro verde.
* Con capacidad para realizar video-colposcopia.
* Con capacidad de adaptarse a monitor de alta definición, cámara de vídeo y/o cámara fotográfica digital.
 |
| Accesorios Incluidos | * Cámara de video digital de alta resolución (1080p), colocada en el cabezal del colposcopio, con su(s) respectivo(s) adaptador(es) para visualización de video y captura de imágenes de en tiempo real en un monitor de alta definición.
* Monitor de alta definición HD de al menos 19 pulgadas (longitud diagonal) y CPU con software (sistema operativo y/o drivers) para visualización, captura y almacenamiento de imágenes, video y base de datos.
 |
| Características Eléctricas | * Voltaje: 120 VCA ± 10%. Frecuencia: 60 Hertz.
* Fases: 1. Tomacorriente macho polarizado.
 |
| Características Mecánicas | * Para uso hospitalario.
* Base o estructura de soporte rodable con freno y ajustable en altura. Con brazo giratorio articulado.
* La unidad deberá estar bien construida que permita el uso de líquidos de desinfección hospitalaria.
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** |
| **2** | **60302251** | **42295104** | **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON APLICACIÓN DE CORTE Y SELLADO DE VASOS SANGUÍNEOS** |
| Tipo de equipo | **ESPECIALIZADO** | **Cantidad** | **1** |
| Descripción | Unidad de electrocirugía para uso en sala quirúrgicas |
| * Con electrodo de retorno de paciente tipo placa plastificada o sabana, o descartable de doble área
* Para realizar procesos de corte, coagulación o mezcla de ambos modos de energía.
* Que permita controlar con precisión la energía y el efecto deseado en ellos tejidos.
* Tipos de energía
* Monopolar
* Bipolar
* Regulación automática en base a microprocesador
* Modo de energía de trabajo
* Monopolar
	+ - Corte Puro
		- Corte Mezclado
		- Coagulación
		- Fulguración
		- Spray
* Bipolar
	+ - Baja
		- Estándar
		- Macro
* Frecuencia aproximada de operación: 300 a 800 kHz
* Receptáculos independientes para electrodos activo: bipolar y monopolar
* Con dos salidas monopolares (aisladas) para cortar y coagular
* Con indicadores digitales y audibles de potencia de salida en cada modo de operación
* Control de unidad por interruptor mano y pie (a prueba de salpicaduras de líquidos, fácil de limpiar)
* Sistema de detección de falla en electrodo neutro (placa del paciente).
* Circuito de protección para monitorear la calidad de contacto del electrodo de retorno.
* Sistema de bloqueo de la salida en caso de falla en la conexión de los electrodos activos o placa del paciente y tierra
* Con sistema de protección contra dosificaciones erróneas
* Panel de control visible para el usuario, de fácil y clara identificación
* Pantalla para indicar potencia entregada
* La potencia máxima de salida deberá ser aproximadamente de:
* Monopolar
	+ - Corte puro: 300 Watts
		- Coagulación: 120 Watts
* Bipolar
	+ - Con potencia aproximada de 70 a 100 watts para los siguientes modos: corto, corte-coagulación y coagulación
* Facilidad de mantenimiento a través de software del equipo.
 |
| Accesorios Incluidos | * 1 placa de paciente reusable, tipo sabana universal (adulto, pediátrico y neonatal) o 10 placas de paciente adulto-plastificada reusables.
* Un juego de dos cables intermedios para placa de retorno ya sea sabana o placa plastificada.
* Adicionalmente incluir 100 electrodos de retorno descartable de doble área
* 2 cables intermedio reusable para placa neutra de doble área descartable.
* 1 control de pedal para corte y coagulación, monopolar.
* 1 control de pedal para corte y coagulación, bipolar
* 1 pinza de bayoneta desmontable de acero inoxidable para modo bipolar revestida de aislante eléctrico de 18 a 20 cm., con cable flexible, esterilizable en vapor (autoclave) de al menos 3 m de longitud, (reusable) para control de pedal.
* 50 cables con mangos para electrodos activos tipo lápiz, desechables con control manual, compatible con el equipo de tres espigas o conectores.
* Carro de fabrica para transportar la unidad, con sistema de transporte de fácil manejo, con al menos 4 rodos conductivos y dispositivo de frenos en al menos dos de ellos.
 |
| Características Eléctricas | * Voltaje: (120 +/- 10%) VAC. Frecuencia: 60 Hz
* Fases: 1.
* Tomacorriente macho, polarizado grado hospitalario.
 |
| Características Mecánicas | * Auto soportado sobre rodos con frenos, robusto, chasis resistente a los líquidos de limpieza hospitalaria.
* Fabricado en material resiste a la corrosión y a los líquidos de desinfección hospitalaria.
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO ONU** | **NOMBRE** |
| **3** | **60303807** | **42291709** | **MORCELADOR** |
| Tipo de equipo | **ESPECIALIZADO** | **Cantidad** | **1** |
| Descripción | * Equipo para uso en procedimientos de miomectomías e histerectomías laparoscópicas.
 |
| * Unidad de control que incluya motor sin escobillas con ajuste de velocidad con capacidad de alcanzar al menos 1000 RPM.
* Funcionamiento con control de pedal
* Pieza de mano reutilizable con maneral con protección térmica
 |
| Accesorios Incluidos | * Pieza de mano del morcelador tisular.
* Control de pedal.
* Unidad de obturación completa para el instrumento
* Vainas de trocar de 15 mm.
* Tubo de corte de 15 mm
* Sets de empaques tipo membrana para introducir instrumentos de 15 mm.
* Set de empaques con auto cierre para trocar de 15 mm.
* Pinza de agarre tipo tenáculo, de 10 mm y de al menos 31 cm de largo.
 |
| Características Eléctricas | * Voltaje: 120 VCA ± 10%
* Frecuencia: 60 Hertz.
* Fases: 1.
* Tomacorriente macho polarizado.
 |
| Características Mecánicas | * Carcaza resistente a la corrosión y líquidos de desinfección hospitalaria.
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** |
| **4** | **62704120** | **42192201** | **CAMILLA DE TRANSPORTE DE PACIENTE, CON BARANDALES** |
| Tipo de mobiliario  | **Especializado** | **Cantidad** | **7** |
| Descripción y características mecánicas | Carro para traslado de pacientes. |
| * Construida en estructura tubular redonda de acero inoxidable, lecho metálico o plástico resistente tipo ABS o similar.
* Con barandales de seguridad tubulares de aluminio anodizado o acero inoxidable, abatibles.
* Capacidad de carga de al menos 200 kg.
* Respaldo reclinable.
* Colchoneta de espuma de poliuretano sin costuras de 5 cm. como mínimo de espesor, forrada de vinil, altamente resistente a líquidos de desinfección.
* Con 1 atril de acero inoxidable de 2 ganchos, para colocar soluciones a en cualquier lado de la cabecera.
* Ruedas de al menos 15 cm de diámetro, de caucho conductivo con freno en las 4 ruedas.
* Parachoques de alto impacto en todo el perímetro.
* Dimensiones aproximadas:
* Altura: 75 – 85 cm
* Largo: 185 – 200 cm
* Ancho: 55 – 70 cm
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** |
| **5** | **62704200** | **42192001** | **CARRO DE CURACIONES** |
| Tipo de mobiliario  | **Especializado** | **Cantidad** | **4** |
| Descripción y características mecánicas | Carro para transportar instrumental, medicamentos e insumos para procedimientos de curación en pacientes hospitalizados. |
| * Carro para transportar instrumental, medicamentos e insumos para procedimientos de curación en pacientes hospitalizados.
* Construido completamente de acero inoxidable, tipo AISI 304 o 316L o equivalente incluyendo balde y palangana.
* Estructura de perfil tubular redondo o cuadrado de acero inoxidable, con un diámetro o perfil entre (25 – 40) mm. y un espesor entre (1.0 – 1.2) mm., acabado pulido.
* Cubierta superior en lámina de acero inoxidable con un espesor entre (0.8 – 1.0) mm., acabado pulido.
* Con por lo menos 2 entrepaños
* En la parte superior del carro debe existir una superficie de trabajo amplia
* Con barra horizontal para empujar el carro,
* Debe contar con guarda de 5 cm. mínimo de alto alrededor de todo el carro tanto en la superficie como en el entrepaño.
* Con 4 rodos giratorios de fácil maniobrabilidad y silenciosos, preferentemente con parachoques, con diámetro mínimo de 10 cm; fabricados en hule, caucho conductivo u otro material anti pelusa y sistema de frenos en al menos 2.
* Dimensiones aproximadas de referencia:
* Ancho: 50- 60 cm.
* Largo: 60- 70 cm.
* Altura: 80- 90 cm.
 |
| Accesorios incluidos | * 1 porta pinzas de acero inoxidable.
* 5 frascos de vidrio con tapadera.
* 5 frascos en acero inoxidable con tapadera.
* 1 escudilla tipo copa de acero inoxidable de 6 onzas.
* Cubeta y bandeja de acero inoxidable
* Arillo porta-cubeta y porta-bandeja.
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** |
| **6** | **62704628** | **42161604** | **SILLÓN PARA DIÁLISIS** |
| Tipo de mobiliario  | **Especializado** | **Cantidad** | **3** |
| Descripción y características mecánicas | Sillón rodable para dar comodidad al paciente que requiere hemodiálisis, permitiendo variar de posiciones y angulaciones, tanto de cabecera, espalda, asiento y piernas. |
| * Con altura ajustable y sistema de desplazamiento capaz de desplegar las posiciones de Trendelemburg, horizontal o sentado como mínimo, por medio de un sistema electromecánico o electroneumático.
* Estructura principal fabricada en tubo de acero, con base y soportes de tubo metálico, con refuerzos internos para soportar a pacientes de 120 Kg mínimo.
* Con soporte de brazos y de piernas ajustables.
* Deberá tener cantos redondeados.
* Colchoneta de espuma de poliuretano de alta densidad, sin costuras de 2” como mínimo de espesor, forrada de vinil, altamente resistente a líquidos de desinfección.
* Plataforma dividida en al menos 3 partes, respaldar asiento y piernera:
	+ Respaldo con sección de espalda y cabecera.
	+ Asiento que cuente con sección base y apoyabrazos
	+ Piernera que cuente con piecera y apoya pies.
* Dimensiones aproximadas de referencia:
	+ Largo de la plataforma (desplegado horizontalmente): 200 cm a 220 cm.
	+ Ancho: 55 a 70 cm
	+ Altura mínima de la plataforma: 50-65 cm.
* Diámetro mínimo de las ruedas: 12 a 15 cm
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** |
| **7** | **60302525** | **42182901** | **MESA GINECOLÓGICA** |
| Tipo de mobiliario  | **Especializado** | **Cantidad** | **2** |
| Descripción y características mecánicas | Mesa para la realización de examen clínico y ginecológico |
| * Estructura metálica tubular cuadrada de 1” con refuerzo de tubo cuadrado de ¾”.
* Base metálica y superficie acolchonada con espuma de 2” de espesor.
* Tapizada en tres planos con material lavable y resistente a soluciones antisépticas.
* Gabinete de lámina de acero pintado al horno o electrostáticamente, con un entrepaño con puerta.
* Con dos gavetas.
* Soporte para rollo de papel
* Dos soportes para estribos y ajustables en altura vertical y horizontal.
* Bocado desmontable en la zona de trabajo.
* Bandeja de acero inoxidable (tipo gaveta) en la zona de trabajo.
* Con respaldo para tres posiciones y piecero ajustable.
* Con protectores de hule antideslizante en las patas.
* Dimensiones aproximadas: (1.80-2.00) m. largo x (0.55-0.65) m ancho x (0.80-0.95) m. de alto.
* Debe de incluir una tomacorriente doble polarizado para conectar equipo auxiliar.
 |
| Accesorios incluidos | * 2 Estribos cromados.
* 2 rollos de papel para cubrir área de trabajo.
* 1 gradilla de dos peldaños.
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** |
| **8** | **62704360** | **42192206** | **MESA PUENTE** |
| Tipo de mobiliario  | Especializado | **Cantidad** | **14** |
| Descripción y características mecánicas | Mesa para atención de pacientes en hospitalización. |
| * Tablero con bordes redondeados.
* Construida sobre una configuración de columna con base.
* Con 4 ruedas giratorias, dos con freno, de fácil maniobrabilidad y silenciosas.
* Estructura lisa, sin rincones y de fácil limpieza.
* Deberá tener cantos redondeados.
* Regulación de altura telescópica manualmente.
* Estable a cualquier altura.
* Configurable derecha-izquierda (orientable en ambas posiciones).
* Dimensiones aproximadas de referencia:

Ancho: 40-50 cmLargo: 60-70 cmAltura: 80-120 cm* Diámetro mínimo de las ruedas: 5 cm
* La estructura de soporte de la mesa (columna y base) estarán construidas en acero inoxidable, calibre 18, tipo AISI 304, con refuerzos interiores del mismo material, de fácil limpieza, resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.
* La cubierta superior fabricada de madera o de equivalente calidad y acabado en plástico laminado.
 |

 |  |
| **CERTIFICACIONES, APROBACIONES Y NORMAS A CUMPLIR**: * + Para los ítems 1, 2 y 3: Certificado vigente del Sistema de gestión de la calidad ISO 13485 o ISO 9001.
	+ Para los ítems 1, 2 y 3: Aprobación de comercialización por cualquiera de estas entidades: Directiva 93/42CEE (marcado CE) de la Comunidad Europea, PMDA, JPAL o JIS para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
	+ Para los ítems 1, 2 y 3 Normas de seguridad eléctrica y/o funcionamiento específicas o equivalentes de acuerdo con el siguiente cuadro (Presentar documentación de respaldo).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No. Ítem** | **Descripción** | **Norma** |
| 1 | COLPOSCOPIO | UL o IEC 60601-1 |
| 2 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON APLICACIÓN DE CORTE Y SELLADO DE VASOS | IEC 60601-1 |
| 3 | MORCELADOR | UL o IEC 60601-1 |

 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS**Los servicios conexos asociados a estas especificaciones técnicas incluyen:**Garantía de los equipos médicos y mobiliario:*** La garantía es por buen funcionamiento y buena calidad de los materiales.
* Para los ítems del 1, 2 y 3 se requiere compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de 5 años.
* Para los ítems del 4, 5, 6, 7 y 8 se requiere compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de 2 años.

**Capacitación (No aplica para los ítems del 4 al 8) :*** + La operación, limpieza y manejo del equipo impartidas al personal operador.
	+ Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento que el establecimiento correspondiente, donde irán instalados los equipos, designe.

**Mantenimiento (No aplica para los ítems del 4 al 8):*** + Los equipos a los que se les requerirá rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera: la primera visita deberá ser efectuada dependiendo de la cantidad de servicios solicitados por año, es decir 1, 2 o 4 visitas, posteriores a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes y las demás rutinas se realizarán de forma espaciada por un periodo similar hasta que finalice la garantía; de conformidad con el programa de mantenimiento presentado al Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. Es decir por ejemplo si se solicitan 4 visitas al año, y la garantía es por tres años, deberá realizar doce visitas de mantenimiento preventivo en total, la primera tres meses después de haber entregado el equipo de acuerdo con el acta de recepción y las siguientes con un espaciado de tres meses entre cada visita, siendo la última el mes de vencimiento de la garantía.
	+ La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato.
	+ La empresa deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado, con una experiencia mínima de 2 AÑOS en el mantenimiento de los equipos ofertados o similares, para lo cual el contratista deberá presentar la documentación de respaldo y atestados del personal de servicio técnico que lo avalen.
	+ El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida.

**SERVICIOS CONEXOS PARA EQUIPO MÉDICO Y MOBILIARIO CLÍNICO**

| **ÍTEM** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **SERVICIOS CONEXOS** |
| --- | --- | --- | --- |
| Garantía (años) | Capacitación (SI/NO) | MantenimientoPreventivo (SI/NO/Total de Visitas) |
| 1 | COLPOSCOPIO | 3 | 2 | SI | SI/4 (semestral) |
| 2 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON APLICACIÓN DE CORTE Y SELLADO DE VASOS | 1 | 2 | SI | SI/4 (semestral) |
| 3 | MORCELADOR | 1 | 2 | SI | SI/4 (semestral) |
| 4 | CAMILLA DE TRANSPORTE PARA PACIENTES CON BARANDALES | 7 | 1 | NO | NO APLICA |
| 5 | CARRO DE CURACIONES | 4 | 1 | NO | NO APLICA |
| 6 | SILLÓN PARA DIÁLISIS | 3 | 1 | NO | NO APLICA |
| 7 | MESA GINECOLÓGICA | 2 | 1 | NO | NO APLICA |
| 8 | MESA PUENTE | 14 | 1 | NO | NO APLICA |

 |  |

 **FORMULARIO N° 04. FORMULARIO DE COTIZACIÓN: LISTA DE PRECIOS**

COMPARACIÓN DE PRECIOS **No. PRIDESII-322-CP-B-MINSAL**

**ADQUISICIÓN DE COLPOSCOPIO, UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA, MORCELADOR, CAMILLA DE TRANSPORTE, CARRO DE CURACIONES, SILLÓN PARA DIÁLISIS, MESA GINECOLÓGICA Y PUENTE PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL**

NOMBRE DEL OFERENTE: \_...........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM (\*)** | **CÓDIGO MINSAL** | **DESCRIPCIÓN** | **MARCA** | **MODELO** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** **(IVA incluido)** | **PRECIO TOTAL** **(IVA incluido)** |
| 1 | 60303032 | COLPOSCOPIO |  |  | 3 |  |  |
| 2 | 60302251 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON APLICACIÓN DE CORTE Y SELLADO DE VASOS SANGUÍNEOS |  |  | 1 |  |  |
| 3 | 60303807 | MORCELADOR |  |  | 1 |  |  |
| 4 | 62704120 | CAMILLA DE TRANSPORTE DE PACIENTE, CON BARANDALES |  |  | 7 |  |  |
| 5 | 62704200 | CARRO DE CURACIONES |  |  | 4 |  |  |
| 6 | 62704628 | SILLÓN PARA DIÁLISIS |  |   | 3 |  |  |
| 7 | 60302525 | MESA GINECOLÓGICA |  |  | 2 |  |  |
| 8 | 62704360 | MESA PUENTE |  |  | 14 |  |  |
|  | TOTAL OFERTADO |  |  |  |

**(\*) Los oferentes pueden ofertar los ítems que puedan proporcionar.**

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

PLAZO DE ENTREGA:……………………………..LUGAR DE ENTREGA………………… Firma y sello del proveedor

 (Representante Legal o Apoderado Legal)

**FORMULARIO N° 05: DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA**

*[El Oferente completará este Formulario de Declaración de Mantenimiento de la Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas.]*

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

Comparación de precios: No: **PRIDESII-322-CP-B-MINSAL**

**ADQUISICIÓN DE COLPOSCOPIO, UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA, MORCELADOR, CAMILLA DE TRANSPORTE, CARRO DE CURACIONES, SILLÓN PARA DIÁLISIS, MESA GINECOLÓGICA Y PUENTE PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL**

A: MINSAL/PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD II

Contrato de Préstamo No. 3608/OC-ES

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 dos añoscontado 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]*