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

**COMPARACIÓN DE PRECIOS No*.* PRIDESII-387-CP-S-MINSAL**

**SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FOTOCOPIAS DE FORMULARIOS PARA EJECUCIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL.**

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-387-CP-S-MINSAL**

**SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FOTOCOPIAS DE FORMULARIOS PARA EJECUCIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL.**

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**

| **ÍTEM** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Servicio de Impresión de Fotocopias en Blanco y Negro, a una cara, tamaño carta  |  |
| servicio de impresión de fotocopias laser digital en blanco y negro, en papel bond base 20 a una cara tamaño carta.  |  |
| Deberán entregarse en paquetes de 100unidades.en las oficinas del Instituto Nacional de Salud/Encuesta Nacional de Salud Mental ubicadas en STOFFICENTER, Colonia San Francisco, Calle los bambúes y calle los abetos # 37-B, San Salvador.A entera satisfacción del responsable del seguimiento del contrato |  |
| **Tiempo de entrega:** La Primera entrega de las fotocopias será en un máximo de 48 horas después de entregados los documentos por parte del administrador de contrato del INS.La segunda entrega de las fotocopias será en un máximo de 20 días después de distribuida la orden de compra.  |  |
| **2** | **Servicio de Impresión de Fotocopias en Blanco y Negro, a dos caras, tamaño oficio.**  |  |
| servicio de impresión de fotocopias laser digital en blanco y negro, en papel bond base 20 a una cara tamaño oficio.  |  |
| Deberán entregarse en paquetes de 100unidades.En las oficinas del Instituto Nacional de Salud/Encuesta Nacional de Salud Mental ubicadas en STOFFICENTER, Colonia San Francisco, Calle los bambúes y calle los abetos # 37-B, San Salvador.A entera satisfacción del responsable del seguimiento del contrato |  |
| **Tiempo de entrega:** La Primera entrega de las fotocopias será en un máximo de 48 horas después de entregados los documentos por parte del administrador de contrato del INS.La segunda entrega de las fotocopias será en un máximo de 20 días después de distribuida la orden de compra.  |  |

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

**COMPARACIÓN DE PRECIOS No*.* PRIDESII-387-CP-S-MINSAL**

**SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FOTOCOPIAS DE FORMULARIOS PARA EJECUCIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CÓDIGO MINSAL** | **DESCRIPCIÓN**  | **LUGAR DE ORIGEN** | **CANTIDAD** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO** **(IVA incluido)** | **PRECIO TOTAL****(IVA incluido** |
| 1 | 81208018 | servicio de impresión de fotocopias en blanco y negro, a una cara tamaño carta |  | 40,000 |  |  |  |
| 8,000 |  |  |  |
| 2 | 81208022  | servicio de impresión de fotocopias en blanco y negro, a dos caras tamaño oficio  |  | 40,000 |  |  |  |
| 57,000 |  |  |  |
|  |  | **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 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-387-CP-S-MINSAL**

**SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FOTOCOPIAS DE FORMULARIOS PARA EJECUCIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL.**

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

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 firm*