**SECCION 04: 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-426-CP-B-MINSAL, ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO ESPECIALIZADO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL, “CISTOSCOPIO, ASPIRADOR DE SECRECIONES OROFARÍNGEO, Y ASPIRADOR QUIRÚRGICO”.**

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**

**PRIDESII-426-CP-B-MINSAL, ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO ESPECIALIZADO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL, “CISTOSCOPIO, ASPIRADOR DE SECRECIONES OROFARÍNGEO, Y ASPIRADOR QUIRÚRGICO”.**

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**

Los oferentes deberán detallar las especificaciones técnicas y condiciones ofertadas, para verificar su cumplimiento, de igual forma, se comprobará la información que se solicita sea presentada con la oferta.

Presentar documentación técnica y de apoyo, por ejemplo: Brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio u hojas técnicas completas en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas y ofertadas, por lo que se debe relacionar lo ofertado con dicha documentación técnica; para ello todas las páginas de la oferta deberán ser foliadas (numeradas), incluyendo los catálogos, brochures o manuales que se incluyan en la oferta de esta manera se verificarán respecto al número de folio de los documentos presentados y no al número de páginas de los catálogos.

| **Ítem No.**  | **Código catálogo** | **Denominación del equipo** | **U/M** | **Cantidad** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** | **Detallar No. De página de la oferta donde puede verificarse las Esp. Técnicas ofertadas, para verificar cumplimiento.** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **60402410** | **CISTOSCOPIO** | **C/U** | **1** | **Marca:****Modelo:****País de Origen:** |  |
| **Tipo** | **Especificaciones** | **Especificaciones Técnicas ofertadas** | **Folio de la oferta** |
| Descripción | Cistouretrofibroscopio para conectarse con torreo de endoscopia urológica, utilizado en pacientes para exploración de uretra y vejiga, compatible con la torre endoscópica existente en el Hospital para estos procedimientos. |  |  |
|  | * Dirección visual: 0º.
* Diámetro interior del canal de trabajo en un rango mínimo entre: (2.1 – 2.5) mm.
* Diámetro exterior de la punta distal: (3.2 – 3.8) mm
* Longitud útil de trabajo en un rango mínimo entre: (35 – 40) cm.
* Deflexión del extremo distal en un rango mínimo entre: 200º-210º / 110º-140º.
* Angulo de abertura en un rango mínimo entre: 90º -110º.
* Tamaño de la vaina en un rango mínimo entre: (4.5 – 6) mm.
* Que permita la esterilización a baja temperatura a gas y realizar desinfección de Alto Nivel (DAN).
 |  |  |
| Accesorios Incluidos | * Pinza de agarre para piezas pequeñas, abertura unilateral, flexible, de (1.5 mm – 1.8 mm) x (70 cm – 75 cm).
* Pinza para toma de biopsia, abertura unilateral, flexible, de (1.5 mm – 1.8 mm) x (70 cm – 75 cm).
* Tapón de compensación de presión por fugas.
* Comprobador de estanqueidad.
* Cepillos de limpieza.
* Adaptador tipo LUER-Lock.
* Maleta para guardar el equipo.
 |  |  |
| Características Eléctricas | * No aplica.
 |  |  |
| Características Mecánicas | * Resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria.
 |  |  |
| Certificaciones, aprobaciones y normas a cumplir | * Certificado vigente del Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.
* 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.
 |  |  |
| Normas de seguridad eléctrica | Certificado de Normas de seguridad eléctrica y/o funcionamiento específicas o equivalentes IEC 60601-1. |  |  |
| Garantía de fabrica | 2 años contra desperfectos de fábrica |  |  |
| MantenimientoPreventivo  | 4 visitas semestrales (2 por año, conforme a la garantía de fábrica) |  |  |

| **Ítem No.**  | **Código catálogo** | **Denominación del equipo** | **U/M** | **Cantidad** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** | **Detallar No. De página de la oferta donde puede verificarse las Esp. Técnicas ofertadas, para verificar cumplimiento.** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **60302050** | **ASPIRADOR DE SECRECIONES OROFARÍNGEO** | **C/U** | **16** | **Marca:****Modelo:****País de Origen:** |  |
| **Tipo** | **Especificaciones** | **Especificaciones Técnicas ofertadas** | **Folio de la oferta** |
| Descripción | Aspirador de secreciones de vías aéreas en pacientes adultos. |  |  |
|  | * Bomba eléctrica de succión continua tipo pistón o membrana sin lubricación.
* Diseñado para uso frecuente y prolongado.
* Bajo nivel de ruido (menor a 60 dB a un metro de distancia aproximadamente).
* Flujo de succión no menor a entre (20 - 30) LPM en su succión máxima.
* Presión de vacío regulable en al menos de 0-550 mm Hg.
* Controles:

Los interruptores, perillas y otros controles deberán estar diseñados para condiciones de uso pesado. Deben estar sellados para no permitir la filtración de fluidos.* Frasco:

Un frasco reutilizable con capacidad mínima de 1000 mililitros, fabricado de policarbonato, de alto impacto, esterilizable en autoclave, incluir los respectivos aditamentos de conexión:* Sistema de sellos para evitar fuga de líquidos
* Sistema de corte por obstrucción y dispositivo de seguridad para prevenir el llenado y rebalse del frasco.
* Tubo conductivo de aspiración.
* Frasco con tapadera para enroscar.
* Filtro Bacteriológico:

Sistema con filtro bacteriológico hidrofóbico descartable para prevenir contaminación.* Medidores:

Debe incluir manómetro de precisión con escala en mm Hg o equivalente, que permita al operador fijar el límite de succión (tanto para el funcionamiento de la bomba, como para detectar fugas u obstrucciones). |  |  |
| Accesorios Incluidos | * 5 filtros bacteriológicos por equipo.
* 2 cánulas reutilizables extras.
* 1 frasco recolector extra por equipo, similar al incluido con el aspirador.
 |  |  |
| Características Eléctricas | * Voltaje: 120VAC
* Frecuencia: 60 Hz
* Fases: 1
* Toma corriente macho polarizado.
 |  |  |
| Características Mecánicas | * La unidad debe ser auto soportada, portátil de sobremesa.
* La unidad deberá estar bien construida con material resistente y durable que permita el uso y limpieza rutinaria.
* Fabricado de material resistente a la corrosión y a los líquidos utilizados para la desinfección hospitalaria.
* Todos los componentes externos deben estar montados de manera segura.
 |  |  |
| Certificaciones, aprobaciones y normas a cumplir | * Certificado vigente del Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.
* 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.
 |  |  |
| Normas de seguridad eléctrica | Certificado de Normas de seguridad eléctrica y/o funcionamiento específicas o equivalentes IEC 60601-1. |  |  |
| Garantía de fabrica | 2 años contra desperfectos de fábrica |  |  |

| **Ítem No.**  | **Código catálogo** | **Denominación del equipo** | **U/M** | **Cantidad** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** | **Detallar No. De página de la oferta donde puede verificarse las Esp. Técnicas ofertadas, para verificar cumplimiento.** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **60302025** | **ASPIRADOR QUIRÚRGICO** | **C/U** | **3** | **Marca:****Modelo:****País de Origen:** |  |
| **Tipo** | **Especificaciones** | **Especificaciones Técnicas ofertadas** | **Folio de la oferta** |
| Descripción | Aspirador eléctrico diseñado para evacuar fluidos corporales de áreas de intervención durante procesos quirúrgicos. |  |  |
|  | * Diseñado para operar en succión continúa e intermitente;
* Flujo libre de aire entre (20 – 40) LPM.
* Rango de succión ajustable: (0 a 550) mm Hg o mayor.
* Resistente a los desinfectantes hospitalarios.
* Bajo nivel de ruido (aproximadamente menor a 65 dB a 1.5 metros de distancia).
* Compresor libre de aceite.
* Controles
* Los interruptores, perillas y otros controles deberán estar diseñados para condiciones de uso pesado.
* Deben estar sellados para no permitir la filtración de fluidos.
* Frasco:
* Sistema con dos frascos reutilizables graduados en ml con capacidad cada uno en un rango mínimo entre (2000 a 2500) ml, fabricado de material termoplástico de alta calidad y de alto impacto (policarbonato o equivalente), incluir los respectivos aditamentos de conexión:
* Sistema de sellos para evitar fuga de líquidos
* Sistema de corte por obstrucción y dispositivo de seguridad para prevenir el llenado y rebalse del frasco.
* Tubo conductivo de aspiración.
* Tapadera para enroscar, la cual deberá ser construida de material de fácil limpieza, resistente a la corrosión y a los líquidos de desinfección.
* Filtro Bacteriológico.
* Sistema con filtro bacteriológico hidrofóbicos descartable para prevenir contaminación.
* Medidores
* Manómetro de precisión con escala en mm Hg., que permita al operador fijar el límite de succión (tanto para el funcionamiento de la bomba, como para detectar fugas u obstrucciones)
 |  |  |
| Accesorios Incluidos | * Carro rodable conteniendo la unidad y los frascos.
* 2 Frasco reutilizable extra de la misma capacidad y características al solicitado.
* 5 Filtros bacteriológicos hidrofóbicos descartables
 |  |  |
| Características Eléctricas | * Voltaje: 120VAC
* Frecuencia: 60 Hz
* Fases: 1
* Toma corriente macho polarizado.
 |  |  |
| Características Mecánicas | * La unidad debe ser auto soportada, rodable.
* La unidad deberá estar bien construida con material resistente y durable que permita el uso y limpieza rutinaria.
* Fabricado de material resistente a la corrosión y a los líquidos utilizados para la desinfección en salas de procedimientos quirúrgicos.
* Todos los componentes externos deben estar montados de manera segura.
 |  |  |
| Certificaciones, aprobaciones y normas a cumplir | * Certificado vigente del Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.
* 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.
 |  |  |
| Normas de seguridad eléctrica | Certificado de Normas de seguridad eléctrica y/o funcionamiento específicas o equivalentes IEC 60601-1. |  |  |
| Garantía de fabrica | 2 años contra desperfectos de fábrica |  |  |

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

**COMPARACIÓN DE PRECIOS No. PRIDESII-426-CP-B-MINSAL, ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO ESPECIALIZADO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL, “CISTOSCOPIO, ASPIRADOR DE SECRECIONES OROFARÍNGEO, Y ASPIRADOR QUIRÚRGICO”.**

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

| **Ítem No.** | **CÓDIGO DEL PRODUCTO** | **DESCRIPCIÓN ACTUALIZADA DE LOS MATERIALES** | **U/M** | **CANT.** | **PRECIO UNITARIO** **(IVA incluido)** | **PRECIO TOTAL** **(IVA incluido)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 60402410 | CISTOSCOPIO | C/U | 1 | $ | $ |
| 2 | 60302050 | ASPIRADOR DE SECRECIONES OROFARÍNGEO | C/U | 16 | $ | $ |
| 3 | 60302025 | ASPIRADOR QUIRÚRGICO | C/U | 3 | $ | $ |
| **TOTAL OFERTADO** |  | $ |

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:

|  |  |
| --- | --- |
| **No. Ítem** | **Hospital** |
| 1 | Hospital Nacional de Santa AnaDirección: Final 13 avenida sur, No. 1, Santa Ana. |
| 2 | Hospital Nacional de Santa AnaDirección: Final 13 avenida sur, No. 1, Santa Ana. |
| Hospital Nacional de San MiguelDirección: Final 11a calle Poniente y 23 Av. Sur, Colonia Ciudad Jardín, San Miguel. |
| Hospital Nacional de SensuntepequeDirección: 10a. Avenida Sur, No. 1 Barrio Santa Barbara, Sensuntepeque, Departamento de Cabañas. |
| 3 | Hospital Nacional de Santa AnaDirección: Final 13 avenida sur, No. 1, Santa Ana. |
| Hospital Nacional de SensuntepequeDirección: 10a. Avenida Sur, No. 1 Barrio Santa Barbara, Sensuntepeque, Departamento de Cabañas. |

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]*

**PRIDESII-426-CP-B-MINSAL, ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO ESPECIALIZADO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS DE LA RED PÚBLICA NACIONAL, “CISTOSCOPIO, ASPIRADOR DE SECRECIONES OROFARÍNGEO, Y ASPIRADOR QUIRÚRGICO”.**

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 **3 años**contado 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]*