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

(Lugar y fecha)

Señores

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

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

Solicitud de Cotización N°: RECOVID-165-RFQ-GO denominado “SUMINISTRO DE EQUIPO PARA UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA DEL 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 DE LOS BIENES Y SERVICIOS CONEXOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | UNIDAD | PRECIO UNITARIO US$  (INCLUYE IVA) | TOTAL, US$  (INCLUYE IVA) |
|  | **Bienes**: | | | | |
| 1 | FORÓPTERO |  |  |  |  |
| 2 | CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO |  |  |  |  |
| 3 | **Servicios Conexos**: | | | | |
| Capacitación: |  |  |  |  |
| Mantenimiento Preventivo: |  |  |  |  |
| TOTAL US$ | | | | |  |

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 de los bienes es:

Plazo de entrega es:

Firma del Ofertante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello del Oferente:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **1** | **60405050** | **42183029** | **FORÓPTERO** | **1** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS**  **Marca:**  **Modelo**  **País de Origen:** |
| **Tipo de bien** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | |  |
| 1. Foróptero digital para determinación de agudeza visual y corrección de ametropías. 2. Selección de lentes esféricos de:    1. -19 hasta +15 D o rango mayor    2. con incrementos de 0.12/0.25 D 3. Selección de lentes cilíndricos de:    1. 0 a ±8 D o rango mayor.    2. Con incrementos de 0.25D 4. Selección de eje cilíndrico de 0 a 180° o rango mayor con resolución de 1° 5. Ajuste intrapupilar:    1. 48 mm – 80 mm o rango mayor (sincronizado derecha e izquierda)    2. Con una graduación mínima de 1 mm. 6. Prisma Giratorio: 0 a 20 prismas. 7. Permita realizar el test de barra de Maddox. 8. Con filtros rojo/verde y polarización. 9. Lente estenopeica de 2 mm o menor. 10. Características eléctricas:     1. Voltaje de 120 VAC +/- 10%     2. Frecuencia: 60 Hz     3. Fase: 1 11. Chasis del equipo fabricado de material resistente y anticorrosivo; resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. 12. Peso no mayor a 6 Kg. 13. Interface de comunicación inalámbrica WIFI o Bluetooth para comunicación y control del dispositivo o equivalente. | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS:** | |  |
| 1. Una (1) Funda anti polvo. 2. Un (1) apoyo para la frente. 3. Una (1) barra para la tabla de punto cercano. 4. Un (1) Adaptador para colocación en el poste de la Unidad Oftalmológica o incluir poste pedestal independiente. 5. Una (1) Montura de prueba para paciente universal. 6. Una (1) computadora o Tablet con las características recomendadas por fabricante para el uso del foroptero digital. 7. Además, debe suplirse con todos los accesorios necesarios para su puesta en marcha y normal funcionamiento. | |  |
| **INFORMACIÓN TECNICA REQUERIDA** | |  |
| 1. **Con la oferta:**    * 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.      2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América      3. Norma de seguridad eléctrica norma IEC 60601 - 1, 3rd ed. ANSI/AAMI ES1-1993 o equivalente. 2. **Con los equipos**     1. Se deberá hacer acta de recepción de los manuales aquí descritos los que se entregarán Una copia preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés:       1. Manual de Operación en castellano       2. Manual de Partes       3. Manual de Servicio       4. Todos los manuales deberán ser entregados también en medio digital USB. | |  |
| **CAPACITACIÓN** | |  |
| 1. Capacitaciones a desarrollar en el hospital:    1. Para personal usuario: 2 jornadas.    2. Para personal de mantenimiento: 1 jornadas | |  |
| **CONDICIONES DE ENTREGA E INSTALACIÓN** | |  |
| 1. Deberá entregarse instalado, funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **2** | **60405025** | **42183020** | **CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO** | **1** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS**  **Marca:**  **Modelo:**  **País de Origen:** |
| **Tipo de bien** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | |  |
| 1. Campímetro computarizado, empleado para estudios del campo visual y escotomas, utilizado para fines de diagnóstico y tratamiento. 2. Con distancia de prueba de 30 cm 3. Rango de campo visual de por lo menos 60° monocular y 160° binocular 4. Iluminación de fondo de al menos 10 cd/m2 5. Duración de estímulo de 200 ms. 6. Pruebas de umbral:    1. Patrones de prueba del campo central: 10-2, 24-2, 30-2 y mácula.    2. Patrones de prueba de campo periférico: 60-4 7. Estrategias de prueba de umbral:    1. SITA-Standard    2. SITA-Fast    3. Umbral completo    4. SITA-SWAP 8. Pruebas de detección    1. Patrones de prueba de umbral superior: C-40, C-64, C-76, C-80. 9. Control de fijación:    1. Monitor de mancha ciega Heijil-Krakau    2. Monitor ocular    3. Seguimiento de mirada    4. Seguimiento de cabeza 10. Estímulos:     1. Estimulo tipo Goldman I-V     2. Blanco sobre blanco     3. Rojo sobre blanco     4. Azul sobre blanco     5. Azul sobre amarillo (SWAP) 11. Pantalla LCD sensible al tacto (Touchscreen), Laptop o Tablet. 12. Incluye teclado alfanumérico. 13. Disco SSD de 250 GB o 1TB HDD por lo menos. 14. Interfaces con puerto USB y/o Ethernet. 15. Características eléctricas:     1. Voltaje: 120 VCA ± 10%     2. Frecuencia: 60 Hertz.     3. Fases: 1. 16. Chasis del equipo fabricado de material resistente y anticorrosivo; resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS:** | |  |
| 1. Una (1) Impresora láser a color, con dos sets de cartucho de tinta. 2. Una (1) mesa de examen original de fábrica, adecuada para todo tipo de pacientes incluyendo paciente en sillas de rueda, con altura ajustable. 3. Una (1) silla confortable, giratorias, sin apoyabrazos para paciente de altura regulable de acuerdo con la mesa de examen. 4. Una (1) Funda para protección del equipo. 5. Un (1) UPS true online de doble conversión con respaldo de 20 minutos para el equipo y sus periféricos. | |  |
| **INFORMACIÓN TECNICA REQUERIDA** | |  |
| 1. **Con la oferta:**    * 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.      2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América      3. Norma de seguridad eléctrica norma IEC 60601 - 1, 3rd ed. ANSI/AAMI ES1-1993 o equivalente.      4. Certificación de compatibilidad electromagnética. 2. **Con los equipos**     1. Se deberá hacer acta de recepción de los manuales aquí descritos los que se entregarán Una copia preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés:       1. Manual de Operación en castellano       2. Manual de Partes       3. Manual de Servicio       4. Manual de instalación       5. Todos los manuales deberán ser entregados también en medio digital USB. | |  |
| **CAPACITACIÓN** | |  |
| 1. Capacitaciones a desarrollar en el hospital:    1. Para personal usuario: 4 jornadas.    2. Para personal de mantenimiento: 2 jornadas | |  |
| **CONDICIONES DE ENTREGA E INSTALACIÓN** | |  |
| 1. Deberá entregarse instalado, funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato | |  |

Firma del Proveedor

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]

SDC. No.: N°RECOVID-165-RFQ-GO denominado “SUMINISTRO DE EQUIPO PARA UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA DEL 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 Solicitud de Cotización N° RECOVID-165-RFQ-GO denominado “SUMINISTRO DE EQUIPO PARA UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA DEL 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 el Banco, bajo las leyes del país del COMPRADOR o normativas oficiales, y iii) no tenemos ninguna sanción del Banco o de alguna otra Institución Financiera Internacional (IFI).

Garantizo la veracidad y exactitud de la información y las declaraciones incluidas en los documentos de la oferta, formularios y otros anexos.

Me comprometo a no incurrir o denunciar cualquier acto relacionado con prácticas prohibidas que fuere de mi conocimiento durante el desarrollo del proceso.

Atentamente,

Nombre y firma del Representante Legal, Nombre de la Empresa

o persona natural

(Lugar y fecha)