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

(Lugar y fecha)

Señores

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

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

Solicitud de Cotización N°: RECOVID-209-RFQ-GO denominado “ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE RAYOS “X” MÓVIL PARA HOSPITALES NACIONALES PRIORIZADOS”

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 sesenta 60 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 2**

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN GENERAL DEL OFERENTE**

Señores

**MINSAL**

El que suscribe, Representante Legal de ......................................................, identificado con Documento de Identidad N° ......................, 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 |  |
| Nombre, teléfono y Correo electrónico de la persona de contacto |  |

***Información del Representante Legal:***

|  |
| --- |
|  Información del representante autorizado del Oferente: Nombre: *[indicar el nombre 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

**ANEXO N°3: 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 | EQUIPO DE RAYOS “X” MÓVIL |  |  |  |  |
| 3 | **Servicios Conexos:** |
| Capacitación: |  |  |  |  |
| 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 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°4: CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 1 | 60303360 | 42201847 | EQUIPO DE RAYOS X MÓVIL | 2 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS****Marca:****Modelo:****País de Origen:** |
| **Tipo de equipo** | **ESPECIALIZADO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** |  |
| Equipo radiográfico móvil, con detector digital, usado en sala de operaciones, cuidados intensivos, emergencia y hospitalización, para diagnóstico radiográfico, cuando el paciente no puede movilizarse a la sala de rayos X1. **GENERADOR:**
	1. Generador de alta frecuencia
	2. Controlado por microprocesador o tecnología superior.
	3. Potencia entre 25 a 35 KW o mayor.
	4. Rango de KVp: 40-50KVp o menor a 125-135KVp o mayor.
	5. Corriente aproximada máxima de tubo: 300 a 400 mA o mayor.
	6. Tiempo de exposición en un rango entre 5.0 ms o menor y 6.0 s o menor.
	7. Con indicador visual y acústico de radiación.
	8. Exposición radiográfica con disparador manual alámbrico o inalámbrico.
2. **TUBO DE RAYOS X:**
	1. Tubo de rayos X de ánodo giratorio con velocidad igual o mayor a 3000 rpm.
	2. Sistema de enfriamiento del tubo por medio líquido con protección contra sobre temperatura.
	3. Punto bifocal, con punto focal fino no mayor a 0.8 mm y el punto focal grueso no mayor a 1.3 mm.
	4. Capacidad de acumulación térmica del ánodo de 100 KHU o mayor.
	5. Con protección de sobrecarga del tubo de rayos x.
3. **COLIMADOR:**
	1. Colimador multiplano de ajuste manual
	2. Con haz luminoso del campo de radiación por medio de luz LED
	3. Intensidad de luz aproximada de 100 lux o mayor a una distancia foco-película de 100 cm aproximadamente.
	4. Giro de ± 90° o mayor
	5. Tamaño del campo de radiación ajustable.
4. **DETECTOR DIGITAL:**
	1. Detector digital inalámbrico de estado sólido a base de silicón amorfo y centellador a base de ioduro de cesio o tecnología mejorada.
	2. Matriz de adquisición de 2800 x 2000 o mayor.
	3. Tamaño 14” x 17”
	4. Tamaño del píxel de 150 µm o menor.
	5. Con sistema de carga de batería de detector integrado en compartimento del equipo
	6. Con Batería de litio recargable.
	7. Peso máximo del detector 8 libras o menor.
	8. Con capacidad de carga de 300 libras o mayor.
	9. Con grado de protección frente a líquidos, igual a superior a IPX3 según norma IEC 60529.
5. **CONSOLA DE OPERACIÓN:**
	1. Para manejo de todas las funciones del generador.
	2. Pantalla de cristal líquido tipo touchscreen de 15” mínimo.
	3. Resolución de al menos 1 MPixel.
	4. Al menos 1024 niveles de gris.
	5. Con funciones para manipulación de imagen: rotación, arriba/abajo, brillo y contraste, función lupa, inversión de blanco/negro, anotaciones.
	6. Indicador de estado de la carga de batería.
	7. Reconocimiento de detector.
	8. Selección manual e indicación de los parámetros radiográficos (kV, mAs).
	9. Indicación de ejecución de la exposición: visual y audible.
	10. Permite la previsualización de imagen completa.
	11. Técnicas preprogramadas para pacientes adultos y pediátricos.
	12. Que cumpla con protocolo DICOM 3.0, incluyendo como mínimo:
		1. DICOM Send,
		2. DICOM Query/Retrieve,
		3. DICOM Print,
		4. DICOM Worklist,
		5. DICOM Storage Commitment.
	13. Con capacidad de memoria para 9,000 imágenes o mayor
	14. Conectividad
		1. Deberá de poderse conectar con la red existente en cada hospital, con capacidad de transferir imágenes hacia la red de datos de forma inalámbrica con conectividad WIFI 802.11ax o estándar superior.
		2. Conexión por medio de cable de red ethernet RJ45.
		3. Al menos 1 puerto USB para almacenamiento de imágenes en medios externos.
		4. Equipo deberá ser conectado a sistema PACS del hospital en caso de existir. Por lo que deberá coordinar con cada Jefe de DTIC de cada hospital.
	15. Características técnicas computador interno del equipo:
		1. Microprocesador conforme requerimientos de fabricante.
		2. RAM: mayor o igual a 8GB
		3. Disco SSD de 500 GB o mayor.
		4. Software de calibración y gestión de imágenes.
6. **ESTRUCTURA:**
	1. Estructura liviana y de fácil maniobrabilidad
	2. Movimiento motorizado.
	3. Altura máxima del foco al Piso de 180cm o mayor.
	4. Brazo porta tubo emisor con movimiento telescópico por medio de columna contrapesada o brazo contrapesado.
	5. Brazo porta tubo con giro de aproximadamente 180°.
	6. Compartimento para alojar detector de tamaño 14”x17”.
7. **CONDICIONES ELÉCTRICAS**:
	1. Funcionamiento por medio de baterías tanto para la toma de placas como para la movilización del equipo.
	2. Para ser conectado directamente de la red eléctrica hospitalaria a 120 VCA ±10%, 60 Hz, 1 Fase.
	3. Con cable de alimentación de al menos 290 cm de largo y toma corriente Grado Hospitalario.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. Un Delantal plomado con espesor equivalente de 0.5mm a 0.7mm, fabricado en material compuesto, que cubra bajo la rodilla.
2. Un protector de tiroides con espesor equivalente de 0.5mm a 0.7mm
3. Un par de lentes plomados.
4. Un (1) Patch cord (cable de red) para conectar a red ethernet de al menos 3 m de largo.
 |  |
| DOCUMENTOS A PRESENTAR |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 (Presentar certificado vigente).
		2. 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. (Presentar documentación de respaldo).
		3. Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 (Presentar documentación de respaldo).
		4. Declaración de conformidad del estándar DICOM 3.0
	3. Cartas compromiso:
		1. Los equipos a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados, para cada Hospital entregados, instalados y calibrados, para uso inmediato previo comisionamiento y pruebas de aceptación por parte de la Institución.
		2. Al momento de la recepción se deberá colocar una placa ya sea Calcomanía o Stícker o Viñeta metalizada 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, No. de Contrato, Vigencia de la garantía, teléfono de contacto en caso de falla del bien.
		3. Los licitantes ya sean nacionales o extranjeros o sus representantes en El Salvador, deben contar, al momento de la instalación de los bienes, con la autorización vigente expedida por la Dirección de Protección Radiológica del Ministerio de Salud para realizar actividades relacionadas a radiaciones ionizantes.
		4. Compromiso por escrito del suministrante en tener la disponibilidad de repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
		5. Deberá realizar actualizaciones de los programas (software) durante el periodo de garantía.
		6. Asignar una Bitácora o libro de control para cada equipo, elaborada y suministrada por el contratista.
		7. El listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
	2. Manual de servicio y manual de partes, preferiblemente en castellano, o en inglés.
	3. Deberá entregar a la una copia física y digital de los Manuales por equipo.
 |  |
| TIEMPO DE ENTREGA |  |
| 1. Tiempo de entrega de 30 días calendario contados a partir de un día después de la distribución de contrato.
 |  |
| GARANTÍA |  |
| 1. Garantía mínima de un (1) año contra desperfectos de fábrica del equipo.
 |  |
| CAPACITACIÓN |  |
| 1. Para personal Usuario:
	1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones de cada hospital en una jornada de 8 horas, las cuales deben de contener en su temario como mínimo: aplicaciones clínicas y de uso en general, manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, dichas capacitaciones serán a entera satisfacción de la Jefatura de Radiología.
	2. El programa de capacitación debe estar autorizado por la Jefatura de Radiología de cada uno del tipo de capacitación a implementar: Médico, Licenciado, Enfermería.
2. Para personal de Mantenimiento:
	1. Para los todos los ítems se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones de cada hospital, en una jornada de 8 horas, las cuales deben 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, en castellano.
	2. El programa de capacitación para personal de mantenimiento debe estar autorizado por el Jefe de Mantenimiento
3. 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).
4. Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
 |  |

Firma del Proveedor

Sello del Proveedor

**ANEXO N°5: DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA**

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

SDC. No.: N°RECOVID-209-RFQ-GO denominado “ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE RAYOS “X” MÓVIL PARA HOSPITALES NACIONALES PRIORIZADOS”.

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 1 año para el literal (a) y 3 años para el literal (b) 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°6 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-209-RFQ-GO denominado “ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE RAYOS “X” MÓVIL PARA HOSPITALES NACIONALES PRIORIZADOS”, 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)