**SECCIÓN 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:CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

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

FORMULARIO N° 05: DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA

ANEXO 1: MODELO DE ORDEN DE COMPRA

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

COMPARACIÓN DE PRECIOS: N° RES-COVID-131-CP-B-MINSAL denominado: ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL, DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ.

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

Señores

**MINSAL/PROYECTO RESPUESTA INMEDIATA DE SALUD PÚBLICA PARA CONTENER Y CONTROLAR EL CORONAVIRUS Y MITIGAR SU EFECTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL SALVADOR, Contrato de Préstamo N° 5043/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 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: N° RES-COVID-131-CP-B-MINSAL denominado: ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL, DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ.

Señores

**MINSAL/PROYECTO RESPUESTA INMEDIATA DE SALUD PÚBLICA PARA CONTENER Y CONTROLAR EL CORONAVIRUS Y MITIGAR SU EFECTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL SALVADOR**

**Contrato de Préstamo N° 5043/OC-ES**

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]* 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: CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**CONSIDERACIONES GENERALES**

* + No se aceptarán ofertas que contengan cantidades diferentes a las especificadas.
	+ No se aceptarán ofertas que no se ajusten sustancialmente con las Especificaciones Técnicas mínimas contenidas a continuación.
	+ La evaluación y adjudicación de la oferta será por ítems completos.

**Muy importante:** Todas las páginas de la oferta deberán ser foliadas (numeradas), incluyendo los catálogos, brochures o manuales que se incluyan en la oferta. El licitante deberá marcar o identificar el catálogo e información técnica entregada con nombre del licitante, número de la Licitación, y dentro de la página que contenga la información técnica del producto identificar y señalar el producto ofertado identificándolo con el número de ítem, código del ítem, N° de parte o de catálogo, lo cual permitirá evaluar el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los ítems ofertado.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **1** | **60303240** | **EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA** | **Marca:****Modelo:****País de Origen:** |
| **Tipo de equipo** | **ESPECIALIZADO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** |  |
| 1. Equipo estacionario de diagnóstico por adquisición de imágenes de Ultrasonografía, con las siguientes aplicaciones clínicas:
	1. Abdominal
	2. Gineco - obstétrico
	3. Urología
	4. Vascular
	5. Cardiaco.
	6. Partes pequeñas
	7. Musculo-esquelético
2. **Modos de trabajo:**
	1. Modo B
	2. Modo M
	3. Color Doppler.
	4. Power Doppler
	5. Doppler pulsado.
	6. Doppler Continuo.
	7. Doppler Tisular
	8. HPRF
3. Formatos de presentación mínimos:
	1. B+M
	2. B/C Simple
	3. B/C Dual
	4. B+PW (Duplex)
	5. B/C + PW (Triplex)
4. Monitor:
	1. A color tecnología LCD de al menos 15” diagonal.
	2. Resolución de al menos 1280 x 720 o mejor.
5. Panel de control integrado:
	1. Pantalla táctil de al menos 8”
	2. Resolución de al menos 800 x 600 o mejor
	3. Trackball físico.
	4. Segmentos de control deslizantes TGC.
	5. Configuración en idioma en español.
6. **Software y procesamiento de imagen**
	1. Programas completos de mediciones reportes y cálculos vasculares, ginecológicos y obstétricos de los siguientes parámetros:
		1. Distancia
		2. Área
		3. Volumen
		4. Ángulos
		5. Velocidades y aceleración
	2. Rango dinámico del sistema de al menos 200 dB.
	3. Zoom.
	4. Imagen panorámica.
	5. Imágenes compuestas espaciales.
	6. Imagen Trapezoidal
	7. Con memoria de imagen cuadro por cuadro o cine loop de al menos 400 cuadros
	8. Control de ganancia.
	9. Escala de grises de 256 niveles o mayor..
	10. Formación de imagen por armónicos.
	11. Conectividad por medio de protocolo DICOM 3.0.
7. **Hardware:**
	1. Con al menos tres puertos activos funcionando
	2. Con al menos un puerto USB 2.0. o mejor.
	3. Un puerto de red RJ45.
	4. Disco de almacenamiento de al menos 512 GB.
8. **Tres (3) Transductores requeridos:**
	1. Lineal en un rango aproximado entre:
		1. Límite inferior de (4-6) MHz
		2. Límite superior de (12-16) MHz.
	2. Convexo en un rango aproximado entre:
		1. Límite inferior de (1-2) MHz
		2. Límite superior de (5-7) MHz.
	3. Endocavitario en un rango aproximado entre
		1. Límite inferior de (3-5) MHz
		2. Límite superior de (8-15) MHz.
 | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS****Folios** |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. Un (1) UPS de doble conversión en línea para un periodo de 15 minutos.
2. Un (1) Carro de traslado de fábrica (con al menos dos ruedas con frenos).
3. Fundas protectoras para el equipo y para cada transductor.
4. Un (1) Impresor térmico blanco y negro.
5. Un (1) rollo o paquete de papel para impresor B/N.
6. Al menos un (1) tubo de 250 mL de gel para ultrasonido.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Condiciones eléctricas: 120 VCA, 60Hz, 1 fase
2. Con cable de alimentación con tomacorriente Grado Hospitalario.
3. Chasis resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas con hojas foliadas
2. Con la entrega de cada equipo:
	1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio
	2. De estos últimos será necesaria una copia en físico y una copia en memoria extraíble USB, preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Registro Sanitario emitido por la DNM.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 2 jornada de 4 horas
2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas
 |  |
| **MANTENIMIENTO** |  |
| 1. Dos (2) mantenimientos preventivos con periodicidad semestral, y desarrollados según recomendación del fabricante.
 |  |
| **GARANTIA** |  |
| 1. Garantía contra desperfectos de fabricación de 1 año.
 |  |
| **TIEMPO DE ENTREGA** |  |
| 1. Tiempo de entrega de 5 días o menos.
 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **2** | **60303260** | **EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA PORTATIL** | **Marca:****Modelo:****País de Origen:** |
| **Tipo de equipo** | **ESPECIALIZADO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** |  |
| 1. Equipo portátil de diagnóstico por adquisición de imágenes de Ultrasonografía, con las siguientes aplicaciones clínicas:
	1. Abdominal
	2. Gineco - obstétrico
	3. Urología
	4. Vascular periférica.
	5. Cardiaco.
	6. Partes pequeñas
	7. Musculo-esquelético
2. **Modos de trabajo:**
	1. Modo B
	2. Modo M
	3. Color Doppler.
	4. Power Doppler
	5. Doppler pulsado.
	6. Doppler Continuo.
3. Formatos de presentación:
	1. B+M
	2. B/C Simple
	3. B/C Dual
	4. B+PW (Duplex)
4. Configuración tipo laptop con panel de control integrado:
	1. Monitor:
		1. A color tecnología LCD de al menos 15” diagonal.
		2. Resolución de al menos 1280 x 720 o mejor
	2. Panel de control integrado:
		1. Pantalla táctil de al menos 8”.
		2. Resolución de al menos 800 x 600 o mejor.
		3. Trackball físico.
		4. Configuración todo en idioma en español.
5. **Software, hardware y procesamiento de imagen**
	1. Programas completos de mediciones reportes y cálculos vasculares, ginecológicos y obstétricos de los siguientes parámetros:
		1. Distancia
		2. Área
		3. Volumen
		4. Ángulos
		5. Velocidades y aceleración
	2. Rango dinámico del sistema de al menos 200 dB.
	3. Zoom.
	4. Imagen panorámica.
	5. Imágenes compuestas espaciales.
	6. Imagen Trapezoidal
	7. Con memoria de imagen cuadro por cuadro o cine loop de al menos 400 cuadros
	8. Control de ganancia.
	9. Escala de grises de 256 niveles o mayor.
	10. Formación de imagen por armónicos.
	11. Conectividad por medio de protocolo DICOM 3.0.
6. **Hardware:**
	1. Con al menos dos puertos activos funcionando.
	2. Con al menos un puerto USB 2.0. o mejor.
	3. Disco de almacenamiento de al menos 512 GB.
	4. Un puerto de red RJ45.
	5. Funcionamiento con batería de respaldo de al menos 60 minutos.
	6. Peso no mayor a 8 Kg.
7. **Tres (3) Transductores requeridos:**
	1. Lineal en un rango aproximado entre:
		1. Límite inferior de (4-7) MHz
		2. Límite superior de (12-17) MHz.
	2. Convexo en un rango aproximado entre:
		1. Límite inferior de (1-2) MHz
		2. Límite superior de (5-7) MHz.
	3. Endocavitario en un rango aproximado entre:
		1. Límite inferior de (3-5) MHz
		2. Límite superior de (8-15) MHz.
 | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS****Folios** |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. Un (1) Carro de traslado de fábrica para montar de manera segura la laptop (con al menos dos ruedas con frenos).
2. Un (1) maletín para resguardo del equipo.
3. Un (1) Impresor térmico blanco y negro.
4. Un (1) rollo o paquete de papel para impresor B/N.
5. Al menos un (1) tubo de 250 mL de gel para ultrasonido.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Condiciones eléctricas: 120 VCA, 60Hz, 1 fase
2. Con cable de alimentación con tomacorriente Grado Hospitalario.
3. Chasis resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas con hojas foliadas
2. Con la entrega de cada equipo:
	1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio
	2. De estos últimos será necesaria una copia en físico y una copia en memoria extraíble USB, preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Registro Sanitario emitido por la DNM.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 2 jornada de 4 horas
2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas
 |  |
| **MANTENIMIENTO** |  |
| 1. Dos (2) mantenimientos preventivos con periodicidad semestral, y desarrollados según recomendación del fabricante.
 |  |
| **GARANTIA** |  |
| 1. Garantía contra desperfectos de fabricación de 1 año.
 |  |
| **TIEMPO DE ENTREGA** |  |
| 1. Tiempo de entrega de 5 días o menos.
 |  |

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

COMPARACIÓN DE PRECIOS: N° RES-COVID-131-CP-B-MINSAL denominado: ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL, DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CÓDIGO MINSAL** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO****(IVA incluido)** | **PRECIO TOTAL****(IVA incluido** |
| 1 | 60303240 | EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA | 1 |  |  |
| 2 | 60303260 | EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA PORTATIL | 1 |  |  |
|  |  | **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: Hospital Nacional Zacamil, Dr. Juan José Fernández: Calle la Ermita y Avenida Castro Moran, Urbanización José Simeón Cañas, Colonia Zacamil, Mejicanos, San Salvador.

Firma y sello del proveedor

(Representante Legal o Apoderado Legal)

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

COMPARACIÓN DE PRECIOS: N° RES-COVID-131-CP-B-MINSAL denominado: ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL, DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ.

*[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:

A: MINSAL/PROYECTO RESPUESTA INMEDIATA DE SALUD PÚBLICA PARA CONTENER Y CONTROLAR EL CORONAVIRUS Y MITIGAR SU EFECTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL SALVADOR

Contrato de Préstamo N° 5043/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 **1 año para el literal a) y 3 años para el literal b),**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]*