

# FORMULARIO 1: FORMULARIO DE LA OFERTA

Solicitud de Cotización N° RES-COVID-76-CP-S-MINSAL

“Servicio de impresión de Guía de Práctica Clínica Informada en la evidencia para el abordaje del Paciente Adulto Crítico con COVID-19. Versión Resumida”.

Señores

**MINSAL/PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD II**

**Contrato de Préstamo No. 5043/OC-ES**

Nosotros los suscritos, declaramos que:

Hemos examinado y no tenemos reservas a los documentos del proceso Cotización para la Comparación de Precios N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por lo cual ofrecemos proveer los bienes/servicios en la cantidad, calidad y características técnicas solicitadas en los Documentos de Selección (Sección 3: Especificaciones Técnicas y Plan de Entrega) y nos comprometemos a que estos bienes/servicios sean originarios de países miembros del Banco: *[indicar una descripción breve de los bienes/servicios];*-----------------------------------------------------------------------------

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 2: DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA

Solicitud de Cotización N° RES-COVID-76-CP-S-MINSAL

“Servicio de impresión de Guía de Práctica Clínica Informada en la evidencia para el abordaje del Paciente Adulto Crítico con COVID-19. Versión Resumida”.

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes y año)]*

A: Señores

MINISTERIO DE SALUD

Unidad de Gestión del Programa UGP/MINSAL

Presente.

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 u otro modalidad de contratación con el Comprador por un período de ***2 años***contados a partir de *la fecha de recepción de ofertas* si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la oferta si:

1. retiráramos nuestra oferta durante el período de vigencia de la oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o
2. 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 (en caso de ser requerida); (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 complete 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 *[fecha de firma]*

 *[Nota: En el caso de Joint Ventures, la Declaración de Mantenimiento de Oferta, deberá estar a nombre de todos los miembros del Joint Venture que presenta la oferta.]*

# FORMULARIO 3: FORMULARIO DE COTIZACIÓN

Solicitud de Cotización N° RES-COVID-76-CP-S-MINSAL

“Servicio de impresión de Guía de Práctica Clínica Informada en la evidencia para el abordaje del Paciente Adulto Crítico con COVID-19. Versión Resumida”.

NOMBRE DEL OFERENTE: ...........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO DEL PRODUCTO** | **DESCRIPCIÓN** | **PAIS DE ORIGEN** | **CANT.****(Ejemplares)** | **U.M.** | **PRECIO****(IVA incluido)** | **PRECIO TOTAL****(IVA incluido)** |
| 1 | 81208036 | Servicio de impresión de documentos.(Guía de Práctica Clínica Informada en la evidencia para el abordaje del Paciente Adulto Crítico con COVID-19. Versión Resumida) |  | 3,500 | c/u |  |  |
| ***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 servicios. Establecer los montos ofertados 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 servicio a proveer o la actividad del proveedor, incluyendo el IVA

PLAZO DE ENTREGA: ………………….. LUGAR DE ENTREGA…………………

San Salvador, ........... de .............................. del \_\_\_\_

Firma y sello del proveedor

**FORMULARIO 4: FORMULARIO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÍTEM No.** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| 1 | **SERVICIO DE IMPRESIÓN DE DOCUMENTOS****Impresión la guía de práctica clínica para el abordaje del paciente adulto crítico con COVID-19 en versión resumida.** | *[el Oferente debe detallar las características propias de los bienes ofertados indicar marca, modelo, país de origen, especificaciones técnicas y de ser posible relacionar el número de página en el catálogo o ficha técnica donde se puedan verificar].* |
|  | Medidas y especificaciones | **Especificaciones técnicas (total 2 guías):*** Medidas cerradas: Base: 21.59 cm. x Altura: 14.2 cm.
* Medidas abiertas: Base: 43.18 cm. x Altura: 14.2 cm.
* Material de páginas internas: papel bond base 18, con 98 gr mínimo de blancura, tiro y retiro a dos tintas.
* Portada y contraportada: papel foldcote c-10, con barniz UV, mate, impresa a full color, tiro y retiro.
* Páginas internas:
* Impresión de 7 pliegos
	+ 26 páginas, tiro y retiro a dos tintas.
	+ 2 página full color.
* Servicio de impresión.
* Acabado: engrapado a caballete.
* Garantía de calidad de materiales y fabricación de 6 meses.

**Condiciones para ofertar*** Se requerirá muestra del material impreso similares al solicitado.
* Se requerirá muestra de papel bond 18 y papel foldcote c-10 mate.
* Se requerirá muestra de un documento que demuestre su experiencia en la producción de lo solicitado. El documento deberá contener portada, tablas, cuadros, gráficos y fotografías, y en el acabado establecido en estas especificaciones técnicas, así como los tipos de papel requeridos.

  |
|  | Tiempo de entrega: |  30 días calendario después de distribuida la orden de inicio y entrega de material por parte del INS; los tiempos incluyen todo el proceso de revisión y aprobación de documentos, hasta la entrega total del producto.

|  |  |
| --- | --- |
| **N**o | **PLAZOS Y ACTIVIDADES A TOMAR EN CUENTA** |
| 1 | Los representantes del Instituto Nacional de Salud (INS) sostendrán reunión con la empresa adjudicada para abordar aspectos sobre la línea gráfica del documento, establecer fechas de entrega y cualquier otra información pertinente. La empresa deberá entregar muestra de los tipos de papel requeridos. |
| 2 | El administrador del contrato entregará orden de inicio y a más tardar 3 días calendario, posterior a esta **orden entregará el contenido del documento en InDesign o PDF de alta resolución,** conteniendo texto, tablas, gráficos y fotografías u otro material necesario, para que la empresa pueda iniciar el proceso de montaje del documento para impresión. |
| 3 | La empresa contratada deberá presentar al administrador del contrato, a más tardar 7 días calendario de recibida la información, **dummie** para aprobación. |
| 4 | Los representantes del INS dispondrán de 4 días calendarios para la **revisión del dummie.** |
| 5 | La empresa contratada dispondrá de 3 días calendario **para corregir dummie**, en caso hubiera observaciones. |
| 6 | El INS dispondrá de 3 días calendarios para **evaluar las observaciones o correcciones.** |
| 7 | Una vez aprobado el dummie, **el producto deberá entregarse a más tardar 13 días calendario,** (tiempo exacto), después de aprobada la muestra final por el administrador de contrato. Si el día de entrega llegase ser fin de semana o festivo, el producto se entregará el primer día hábil posterior a dicha fecha. |

 |  |
|  | Condiciones y lugar de entrega | Deberán entregarse en paquetes de 50 unidades, en las instalaciones de Complejo de Almacenes Plantel El Paraíso, Ubicado en final 6ª Calle Oriente N°1105 Col. El Paraíso, Barrio San Esteban, San Salvador, a entera satisfacción del responsable del seguimiento del contrato. |  |
|  | Otros aspectos: | Se pedirá una muestra impresa finalizada del producto previo a la aprobación del arte final, con el objetivo de evaluar materiales y calidad de impresión. Los representantes del INS dispondrán de 4 días calendarios para revisión del mismo.  |  |