**SECCIÓN 03: FORMULARIOS PARA PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

**Formulario 01 - Formulario de Presentación de la Oferta**

**Comparación de Precios CP No: CP-S-3erTD-ISM-MINSAL**

***Título de la adquisición:* SERVICIO DE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA FACILITADOR ESPECIALISTA EN AMERGENCIAS MÉDICAS**

 **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

De mi consideración:

El que suscribe, en atención a la invitación efectuada por el Ministerio de Salud, luego de examinar los lineamientos recibidos, ofrece **los servicios requeridos** por un Precio del Contrato de **US$ [indique el monto en cifras y en letras]** dólares de los Estados Unidos de América, incluido el valor del IVA.

El precio incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que pueda recaer sobre el CONTRATISTA, incluido el IVA.

El plazo del servicio es de NUEVE **(9)** días calendario, contados a partir de la fecha de distribución de la orden de compra.

 Al presentar la oferta como Representante Legal de **[Nombre del Oferente]**, declaro bajo juramento, que:

1. Nos comprometemos a entregar **los servicios requeridos** con sujeción a los requisitos que se estipulan en los documentos de selección y sus secciones y por los precios fijos arriba indicados y consignados también en la Oferta.
2. Garantizo la veracidad y exactitud de la información y las declaraciones incluidas en los documentos de la oferta, formula­rios y otros anexos.
3. Nos comprometemos a denunciar cualquier acto relacionado con prácticas prohibidas que fuere de mi conocimiento durante el desarrollo del proceso.
4. Confirmamos por la presente que esta Oferta tiene un período de validez de **[30]** días, y que está acompañada de una Declaración de Mantenimiento de Oferta.
5. 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 Contratante o normativas oficiales, y iii) no tenemos ninguna sanción del Banco o de alguna otra Institución Financiera Internacional (IFI).

En caso de ser adjudicado, nos comprometemos a suscribir el contrato en los términos previstos en este documento de selección.

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/Proyecto no está obligada a aceptar la **oferta evaluada como la más baja** ni ninguna otra Oferta que reciban, sin que tal decisión permita reclamación por parte del oferente.

Conocemos y aceptamos que el Programa/Proyecto 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.

Esta Oferta y su aceptación por escrito constituirán un Compromiso de obligatorio cumplimiento. Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la Oferta más baja ni ninguna otra Oferta que pudieran recibir.

Atentamente,

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Formulario 02 – Datos generales del oferente**

**Comparación de Precios CP No: CP-S-3erTD-ISM-MINSAL**

***Título de la adquisición:* SERVICIO DE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA FACILITADOR ESPECIALISTA EN AMERGENCIAS MÉDICAS**

**[insertar la fecha]**

**a) Información del oferente**

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Oferente: **[indicar el nombre del Oferente]** Nacionalidad: **[indicar la nacionalidad]** |
| 1. Naturaleza:

**Persona natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Persona jurídica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 3. Año de registro del Oferente: **[indicar el año de registro del Oferente]** |
| 4. Dirección del Oferente en el país donde está registrado: **[indicar la Dirección del Oferente en el país donde está registrado]** |
| 5. 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 del representante autorizado]**Dirección de correo electrónico: **[indicar el correo electrónico del oferente]** |
| 7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: **[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]** Estatutos de la Sociedad o Registro de la empresa indicada en el párrafo1 anterior. Si se trata de una Asociación en Participación o Consorcio, Convenio de Asociación en Participación o del Consorcio. |

Formulario 03 – Lista de cantidades y precios

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD***(a)* | **PRECIO UNITARIO***(b)* | **PRECIO TOTAL***(c)* |
| 1 | *Alojamiento**(incluir los impuestos de ley)* |  Días calendarios | 9 |   | *c=a\*b* |
| 2 | *Alimentación**(costo unitario del desayuno bufet y de la cena que incluya bebida no alcohólica, incluir los impuestos de ley)* |  Días calendarios |  9 |   |   |
|  |  |  |  | **SUBTOTAL** *(d)* | ***d =c) (todos los ítems)*** |
|  |  |  |  | **IVA** *(e)* | ***(e) = (d) \* 13%*** |
|  |  |  |  | **TOTAL***(f)* | ***(f) = (d) + (e)***  |

**Persona designada como punto focal es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Para atender de forma permanente los requerimientos deI Minsal, con la que el administrador de contrato establecerá todas las coordinaciones relacionadas al servicio de alojamiento, planificación de reservas, alimentación y reprogramación o cancelación de reservas por casos de fuerza mayor.

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

###

### Formulario 04 – Lista de bienes, origen y especificaciones técnicas ofertadas

**LITERAL A: Alojamiento**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO** | **SERVICIO OFERTADO** |
| * Servicio de alojamiento en instalaciones ubicadas en San Salvador o Antiguo Cuscatlán.
 |  |
| * Servicio de hospedaje en habitaciones de acomodación sencilla, con aire acondicionado, Televisión con cable, seguras, limpias, dotadas con baño con agua fría y caliente en adecuado funcionamiento, pisos en buenas condiciones, camas y colchones en buen estado, sábanas y toallas limpias, implementos de aseo (papel higiénico), papelera.
 |  |
| * Presentar copia de categorización nacional o internacional u otro documento que avale la categorización del Hotel con calificación mínima de 4 estrellas.
 |  |
| * Presentar carta compromiso que brindará conexión a Internet en las habitaciones del hotel y/o en las áreas comunes sin costo adicional.
 |  |
| * Servicio telefónico directo (interno, nacional e internacional) en cada habitación y asistencia telefónica las 24 h, con atención en inglés como mínimo. El INS Minsal por ningún caso asumirá los gastos por concepto de llamadas telefónicas a celulares o internacionales, será responsabilidad del Contratista dar a conocer estas condiciones a los huéspedes.
 |  |
| * Servicio de custodia de equipaje con atención permanente.
 |  |
| * Se requiere que al/los huésped(es) se le brinde la habitación en el momento de llegada del aeropuerto
 |  |

**LITERAL B: Alimentación**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO** | **SERVICIO OFERTADO** |
| * Deberá incluir servicio de desayuno bufet y cena con bebida no alcohólica, el desayuno deberá estar disponible a partir las 6:30 am, la cena de 6:00 a 9:30 pm.
 |  |
| * Presenta menús de cenas disponibles, que sean equiparables en costos. Cinco como mínimo.
 |  |
| * Disponibilidad de una botella con agua (500 o 600 ml) en cada habitación cada día.
 |  |
| * Carta compromiso en la que declare que en caso de que el huésped no requiriera el servicio de cena, el administrador de contrato podrá comunicar vía electrónica o por algún otro medio a la persona asignada por el contratista que no se requerirá la cena. Cancelándose únicamente las cenas servidas a los huéspedes tras la presentación de factura consumida, de acuerdo al menú contratado.
 |  |
| * Presentar el costo unitario del desayuno bufet y de la cena que incluya bebida no alcohólica.
 |  |

**LITERAL C**: **Otras condiciones**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO** | **SERVICIO OFERTADO** |
| * Se requiere horario de atención al huésped 24 horas
 |  |
| * Se requerirá registro de ingresos y salidas de los huéspedes alojados.
 |  |
| * Registrar las reservas en el mismo momento en que se recibe la solicitud y debe ser confirmada de acuerdo con la disponibilidad del hotel.
 |  |
| * Asegurar que la reserva confirmada es respetada.
 |  |
| * Verificar la entrega y recepción de cada habitación con el fin de prever daños o extravíos en las mismas, sobre las cuales el Minsal no tendrá ninguna responsabilidad.
 |  |
| * Ante casos fortuitos o de fuerza mayor u otros imprevistos, el Ministerio de Salud se reserva el derecho de suspender y/o reprogramar el servicio, se notificará a la empresa contratada, con al menos 48 horas de anticipación.
 |  |
| * Presentar Carta Compromiso que declare que asignará a una persona como punto focal, para atender de forma permanente los requerimientos del INS Minsal, con la que el administrador de contrato establecerá todas las coordinaciones relacionadas al servicio de alojamiento, planificación de reservas, alimentación y reprogramación o cancelación de reservas por casos de fuerza mayor.
 |  |
| * Contar con medios de comunicación para atender las solicitudes del INS Minsal, de acuerdo al detalle siguiente: teléfonos de línea fija, teléfono móvil, correos electrónicos, etc.
 |  |
| * El INS Minsal por ningún caso asumirá los gastos por concepto de minibar, lavandería, propinas u otro no ofertado para este servicio, por lo cual, será responsabilidad del Contratista dar a conocer estas condiciones a los huéspedes.
 |  |
| * El INS Minsal no asumirá ningún costo de alojamiento y alimentación adicional al informado por parte del administrador de contrato
 |  |

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

### Formulario 05 – Cronograma de cumplimiento y Plan de Entregas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de Artículo** | **Descripción de los Servicios Conexos y/o Servicios de No Consultoría** | **Cantidad** | **Unidad** | **Lugar de prestación del servicio** | **Fecha de Entrega**  |
| **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización** | **Plazo de Ejecución** |
| *1* | *Alojamiento* | *9* | *Días calendarios* | *[indicar el lugar del servicio]* | *23 de enero 2024* | *1 de febrero de 2024* | *[indicar el plazo ofertado para prestar el servicio]* |
| 2 | *Alimentación* | *9* | *Días calendarios* | *[indicar el lugar del servicio]* | *23 de enero 2024* | *1 de febrero de 2024* | *[indicar el plazo ofertado para prestar el servicio]* |

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Formulario 06 - Declaración de Mantenimiento de la Oferta**

 *[Si se solicita****, el Oferente*** *completará este Formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas en corchetes.]*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Fecha: *[indique la fecha]*

Nombre del Contrato.: *[indique el nombre]*

No. de Identificación del Contrato: *[indique el número]*

Comparación de Precios CP No: *[Indicar el código del proceso]*

A: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las Ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de la Oferta.

2. Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Contratante por un período de **1 año para el literal a) y b); y 3 años para el literal c),**contado a partir de *[indique la fecha]* si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la Oferta sea porque:

1. retiráramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la Oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o

(b) no aceptamos la corrección de los errores de conformidad con los Documentos de Selección; o

(c) si después de haber sido notificados de la aceptación de nuestra Oferta durante el período de validez de la misma, (i) no firmamos o rehusamos firmar el Convenio, si así se nos solicita; o (ii) no suministramos o rehusamos suministrar la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAO.

3. Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará, si no somos el Oferente Seleccionado, cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) hemos recibido una copia de su comunicación informando que no somos el Oferente seleccionado; o (ii) haber transcurrido veintiocho días después de la expiración de nuestra Oferta.

Firmada: *[firma del representante autorizado].* En capacidad de *[indique el cargo]*

Nombre: *[indique el nombre en letra de molde o mecanografiado]*

Debidamente autorizado para firmar la Oferta por y en nombre de: *[indique el nombre la entidad que autoriza]*

Fechada el *[indique el día]* día de *[indique el mes]* de [*indique el año]*