##### Carta de la Oferta

|  |
| --- |
| *INSTRUCCIONES A LOS LICITANTES: ELIMINE ESTE RECUADRO UNA VEZ QUE HAYA COMPLETADO EL DOCUMENTO*  *El Oferente deberá preparar esta Carta de la Oferta en papel con membrete que indique claramente el nombre completo del Oferente y su dirección comercial.*  *Nota: El texto en cursiva se incluye para ayudar a los Oferentes en la preparación de este formulario.* |

**Fecha de presentación de esta Oferta:** *[Indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

**Solicitud de Ofertas n.°:** *[Indique el número del proceso de la SDO].*

**Solicitud de Ofertas n.°:** *[Indique identificación].*

**Alternativa n.°:** *[Indique el número de identificación si esta es una Oferta alternativa].*

Para:***[Indique el nombre del Comprador]****.*

1. **Sin reservas:** Hemos examinado el Documento de Licitación, incluidas las enmiendas emitidas de conformidad con la IAO 8, y no tenemos reserva alguna al respecto.
2. **Elegibilidad:** Cumplimos los requisitos de elegibilidad y no tenemos conflictos de intereses, de acuerdo con la IAO 4.
3. **Declaración de Mantenimiento de Oferta/Propuesta:** No hemos sido suspendidos ni declarados inelegibles por el Comprador sobre la base de la suscripción de una Declaración de Mantenimiento de Oferta/Propuesta en el País del Comprador de acuerdo con la IAO 4.6.
4. **Cumplimiento de las disposiciones:** Ofrecemos proveer los siguientes bienes de conformidad con el Documento de Licitación y de acuerdo con el Cronograma de Entregas establecido en los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos: *[proporcione una descripción breve de los Bienes y Servicios Conexos].*
5. **Precio de la Oferta:** El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el artículo (f) a continuación es:

Opción 1, en caso de un solo ITEM: el precio total es *[indique el precio total de la Oferta en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].* ***(sumar el total de la Lista de Precios correspondientes más (+) lo establecido en el formulario Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos)***

O bien,

Opción 2, en caso de múltiples ITEMS: (a) precio total de cada ITEM *[inserte el precio total de cada ITEM en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas],* y (b) precio total de todos los ITEMS (suma de todos los ITEMS) *[inserte el precio total de todos los ITEMS en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].* ***(Para la empresas extranjeras, sumar el total de la Lista de Precios correspondientes, más (+) lo establecido en el formulario Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos***

1. **Descuentos:** Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son los siguientes:
2. Los descuentos ofrecidos son: *[especifique cada descuento ofrecido]*.
3. El método de cálculo exacto para determinar el precio neto luego de aplicados los descuentos se detalla a continuación: *[detalle la metodología que se usará para aplicar los descuentos].*
4. **Período de Validez de la Oferta:** Nuestra Oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la IAO 18.1 de los DDL (y sus enmiendas, si las hubiera), a partir de la fecha de vencimiento del plazo para la presentación de Ofertas establecida en la IAO 22.1 de los DDL (y sus enmiendas, si las hubiera), y seguirá teniendo carácter vinculante para nosotros y podrá ser aceptada en cualquier momento antes del vencimiento de dicho período.
5. **Garantía de Cumplimiento:** Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con el Documento de Licitación.
6. **Una Oferta por Oferente:** No estamos presentando ninguna otra Oferta como Oferentes individuales, y no estamos participando en ninguna otra Oferta ni como miembros de una APCA ni como subcontratistas, y cumplimos con los requisitos de la IAO 4.3, sin considerar las Ofertas Alternativas presentadas de acuerdo con la IAO 13.
7. **Suspensión e inhabilitación:** Nosotros (incluidos, los directores, funcionarios, accionistas principales, personal propuesto y agentes), al igual que subcontratistas, proveedores, consultores, fabricantes o prestadores de servicios que intervienen en alguna parte del contrato, no somos objeto de una suspensión temporal o inhabilitación impuesta por el BID ni de una inhabilitación impuesta por el BID conforme al acuerdo para el cumplimiento conjunto de las decisiones de inhabilitación firmado por el BID y otros bancos de desarrollo.

Asimismo, no somos inelegibles en virtud de las leyes nacionales del Comprador ni de sus normas oficiales, así como tampoco en virtud de una decisión del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

1. **Empresa o ente de propiedad estatal:** *[Seleccione la opción correspondiente y elimine la otra]. [No somos una empresa o ente de propiedad estatal]*/*[Somos una empresa o ente de propiedad estatal, pero cumplimos con los requisitos de la IAO 4.5].*
2. **Comisiones, gratificaciones, honorarios:** Hemos pagado o pagaremos los siguientes honorarios, comisiones o gratificaciones en relación con el Proceso de Licitación o la ejecución del Contrato: *[proporcione el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación, y la cantidad y moneda de cada comisión o gratificación a la que se haga referencia]*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Receptor | Dirección | Propósito de la comisión o gratificación | Monto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Si no ha efectuado o no se efectuará pago alguno, insertar “ninguno”).*

1. **Contrato vinculante:** Entendemos que esta Oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en su Carta de Aceptación, constituirá una obligación contractual entre nosotros hasta que las partes hayan preparado y perfeccionado un contrato formal.
2. **Comprador no obligado a aceptar:** Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la Oferta con el costo evaluado más bajo, la Oferta más Conveniente ni ninguna otra Oferta que reciban.
3. **Mejor Oferta Final o Negociaciones**: Entendemos que si el Comprador utiliza el método de Mejor Oferta Final (que podrá ser en presencia de una Autoridad Independiente de Probidad acordada con el Banco) en la evaluación de Ofertas o utiliza Negociaciones (que deberá ser en presencia de una Autoridad Independiente de Probidad acordada con el Banco) en la adjudicación final, la Autoridad de Independiente de Probidad, si procede, contratada por el Comprador actuará para observar e informar sobre este proceso.
4. **Prácticas Prohibidas:** Por el presente, certificamos que hemos tomado las medidas necesarias para garantizar que ninguna persona que actúe en nuestro nombre o representación incurra en Prácticas Prohibidas.
5. **Formulario de Propiedad Efectiva**: *(Aplica en el caso de que el Oferente deba suministrar el Formulario).* Entendemos que en el caso de que se acepte nuestra oferta estaremos proporcionando la información requerida en el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva o en su caso indicaremos las razones por las cuales no es posible proporcionar la información requerida.  El Prestatario publicará como parte de la Notificación de la Adjudicación del Contrato el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva, por lo que manifestamos nuestra autorización.

**Nombre del Oferente\*:** *[proporcione el nombre completo del Oferente].*

**Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Oferente**\*\***:** *[proporcione el nombre completo de la persona debidamente autorizada a firmar el Formulario de la Oferta].*

**Cargo de la persona firmante del Formulario de la Oferta:** *[indique el cargo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

**Firma de la persona nombrada anteriormente:** *[indique la firma de la persona cuyo nombre y capacidad se indican en los párrafos anteriores].*

**Fecha de la firma: El día** *[indique la fecha de la firma]* **del mes** *[indique mes]* **del año** *[indique año].*

**\*** En el caso de las Ofertas presentadas por una APCA, especifique el nombre de la APCA que actúa como Oferente.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Oferente. El poder deberá adjuntarse a los Formularios de la Oferta.

##### 

##### Formulario de Información sobre el Oferente

*[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos].*

Fecha: *[indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

SDO N.°: *[Indique el número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación, si esta es una oferta por una alternativa].*

Página \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ páginas

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Oferente: *[indique el nombre jurídico del Oferente].* |
| 2. Si se trata de una APCA, nombre jurídico de cada miembro: *[indique el nombre jurídico de cada miembro de la APCA].* |
| 3. País donde está registrado el Oferente en la actualidad o país donde intenta registrarse: *[indique el país donde está registrado el Oferente en la actualidad o país donde intenta registrarse].* |
| 4. Año de registro del Oferente: *[indique el año de registro del Oferente].* |
| 5. Dirección del Oferente en el país donde está registrado: *[indique el domicilio legal del Oferente en el país donde está registrado].* |
| 6. Información del representante autorizado del Oferente:  Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado].*  Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado].*  Números de teléfono*: [indique los números de teléfono del representante autorizado].*  Dirección de correo electrónico: *[indique la dirección de correo electrónico del representante autorizado].* |
| 7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos originales: *[marque las casillas que correspondan]*  🞎 Estatutos de la Sociedad (o documentos equivalentes de constitución o asociación), o documentos de registro de la persona jurídica antes mencionada, y de conformidad con la IAO 4.1.  🞎 Si se trata de una APCA, carta de intención de formar la APCA, o el Acuerdo de APCA, de conformidad con la IAO 11.2.  🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, de conformidad con la IAO 4.5, documentación que acredite:   * su autonomía jurídica y financiera, * su operación conforme al Derecho comercial, * que el Oferente no se encuentra bajo la supervisión del Comprador.   8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. *Si se requiere bajo los DDL en referencia a IAO 46.1, el Oferente seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva].* |

##### 

##### Formulario de información sobre los miembros de la APCA

*[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. El siguiente cuadro deberá ser completado por el Oferente y por cada uno de los miembros de la APCA].*

Fecha: *[indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

SDO N.°: *[indique el número del proceso de Licitación].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación, si esta es una oferta por una alternativa].*

Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_ páginas

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Oferente *[indique el nombre jurídico del Oferente].* |
| 2. Nombre jurídico del miembro de la APCA *[indique el nombre jurídico del miembro de la APCA].* |
| 3. Nombre del país de registro del miembro de la APCA *[indique el nombre del país de registro del miembro de la APCA].* |
| 4. Año de registro del miembro de la APCA: *[indique el año de registro del miembro de la APCA].* |
| 5. Dirección del miembro de la APCA en el país donde está registrado: *[domicilio legal del miembro de la APCA en el país donde está registrado].* |
| 6. Información sobre el representante autorizado del miembro de la APCA:  Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado del miembro de la APCA].*  Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado del miembro de la APCA].*  Números de teléfono: *[indique los números de teléfono del representante autorizado del miembro de la APCA].*  Dirección de correo electrónico: *[indique la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro de la APCA].* |
| 7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos originales: *[marque las casillas que correspondan].*  🞎 Estatutos de la Sociedad (o documentos equivalentes de constitución o asociación) o documentos de registro de la persona jurídica antes mencionada, y de conformidad con la IAO 4.1.  🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera, su operación de conformidad con el Derecho comercial y que no se encuentra bajo la supervisión del Comprador, de conformidad con la IAO 4.5.  8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. *Si se requiere bajo en los DDL en referencia a IAO 46.1, el Oferente seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real de cada miembro de la APCA, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva].* |

##### Formularios de Listas de Precios

*[El Oferente completará estos formularios de Listas de Precios de acuerdo con las instrucciones indicadas. La lista de artículos en la columna 1 de la* ***Lista de Precios*** *deberá coincidir con la Lista de Bienes y Servicios Conexos detallada por el Comprador en la Lista de Requisitos de los Bienes y en la Lista de Servicios Conexos].*

*[El Oferente completará estos formularios de Listas de Precios de acuerdo con las instrucciones indicadas. La lista de artículos y lotes en la columna 1 de la* ***Lista de Precios*** *deberá coincidir con la Lista de Bienes y Servicios Conexos detallada por el Comprador en los formularios de la Sección VI]*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador a ser importados | | | | | | | | | | |
| (Ofertas del Grupo C, bienes que se importarán)  Monedas de acuerdo con la IAO 15 | | | | | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | 9 |
| N.°de artículo | Descripción de los bienes | País de origen | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario  CIP *[indique lugar de destino convenido]*  de acuerdo con la IAO 14.8 (b) (i) | Precio CIP por artículo  (Col. 5 x 6) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para hacer llegar los Bienes al destino final establecido en los DDL | | | Precio total por artículo  (Col. 7 + 8) |
| *[Indique el número del artículo].* | *[Indique el nombre de los bienes].* | *[Indique el país de origen de los bienes].* | *[Indique la Fecha de Entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio CIP por unidad].* | *[Indique el precio total CIP por artículo].* | *[Indique el precio correspondiente por artículo].* | | | *[Indique el precio total del artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | Precio Total |  | |
| Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]*  Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique la fecha]* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador, previamente importados\* | | | | | | | | | | | |
|  | | | (Ofertas Grupo C, Bienes ya importados)  Monedas de acuerdo con la IAO 15 | | | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| N.°de artículo | Descripción de los bienes | País de origen | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario, incluyendo derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAO 14.8 (c) (i) | Derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad de acuerdo con la IAO 14.8 (c) (ii) (respaldado con documentos) | Precio unitario neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAO 14.8 (c) (iii)  (Col. 6 − Col.7) | Precio por artículo neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación, de acuerdo con la IAO 14.8 (c) (i)  (Col. 5×8) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y por otros servicios requeridos en el País del Comprador para hacer llegar los bienes al destino final establecido en los DDL de acuerdo con la IAO 14.8 (c) (v) | Impuestos sobre la venta y otros impuestos pagados o por pagar sobre el artículo, si el Contrato es adjudicado de acuerdo con la IAO 14.8 (c) (iv) | Precio Total por artículo  (Col. 9 + 10) |
| *[Indique el número del artículo].* | *[Indique el nombre de los bienes].* | *[Indique el país de origen de los bienes].* | *[Indique la Fecha de Entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio unitario por unidad].* | *[Indique los derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad].* | *[Indique precio unitario CIP neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación].* | *[Indique precios CIP por artículo neto sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación].* | *[Indique precio por transporte interno y por otros servicios requeridos en el País del Comprador].* | *[Indique los impuestos sobre la venta y otros impuestos pagaderos sobre el artículo si el Contrato es adjudicado].* | *[Indique el precio total por artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | Precio total de la Oferta |  |
| Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]*  Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | | | | | |

*\* [Para Bienes importados previamente, el precio cotizado debe ser distinguible del valor original de importación de estos bienes declarados en la aduana y debe incluir cualquier reembolso o remarcación del agente local o representante y todos los costos locales, excepto impuestos y obligaciones de importación, que el Comprador haya pagado o deba pagar. Como aclaración, se solicitará a los Oferentes que coticen el precio incluyendo las tasas de importación y, adicionalmente, proveer las tasas de importación y el precio neto de obligaciones de importación, el cual será la diferencia entre esos valores].*

##### 

##### Lista de Precios: Bienes fabricados en el País del Comprador

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| País del Comprador  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | (Ofertas de los Grupos A y B)  Monedas de acuerdo con la IAO 15 | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N.°de artículo | Descripción de los bienes | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario EXW de cada artículo | Precio total EXW por cada artículo  (col. 4×5) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para enviar los Bienes al destino final | Costo de la mano de obra local, la materia prima y los componentes de origen en el País del Comprador  (% de la col. 5) | Impuestos sobre la venta y otros pagaderos por artículo si el Contrato es adjudicado de acuerdo con la IAO 14.8 (a) (ii) | Precio total por artículo  (col. 6 + 7) |
| *[Indique el número del artículo].* | *[Indique el nombre de los Bienes].* | *[Indique la Fecha de Entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique precio unitario EXW].* | *[Indique precio total EXW por cada artículo].* | *[Indique el precio correspondiente por artículo].* | *[Indique el costo de la mano de obra local, materia prima y componentes de origen en el País del Comprador como % del precio EXW de cada artículo].* | *[Indique impuestos sobre la venta y otros pagaderos por artículo si el Contrato es adjudicado].* | *[Indique precio total por artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | Precio Total |  |
| Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]*  Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | | | |

##### Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos

|  | | Monedas de acuerdo con la IAO 15 | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **Servicio**  **N.°** | **Descripción de los servicios (excluye transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para transportar los bienes a su destino final)** | | **País de origen (del equipo)** | **Fecha de entrega en el lugar de destino final** | **Cantidad y unidad física (\*)** | **Precio unitario**  **(impuestos incluidos)** | **Precio total por servicio**  **(Col. 5 x 6 o un estimado)** |
| **CAPACITACION** | | | |  |  |  |  |
| **Ítem 1** | **CALENTADOR PARA SUEROS** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 2** | **COLUMNA CIELÍTICA DE DOS PUESTOS DE TRABAJO** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 3** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MAYOR TIPO LED** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 4** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MENOR TIPO LED** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornada: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 5** | **LÁMPARA QUIRÚRGICA DE PEDESTAL TIPO LED** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornada: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 6** | **ESTERILIZADOR PARA BRONCOSCOPIOS FLEXIBLES Y RÍGIDOS CON TODOS SUS ACCESORIOS** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 7** | **MÁQUINA DE ANESTESIA DOS GASES** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 3 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 8** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA MAYOR** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 9** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA GINECOLÓGICA** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 10** | **MESA PARA PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 11** | **MESA PARA PARTOS** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 13** | **TORNIQUETE NEUMÁTICO** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 14** | **SIERRA ELÉCTRICA**  **PARA CORTAR YESO CON ASPIRACIÓN DE POLVO** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 15** | **EQUIPO DE ARTROSCOPÍA** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 16** | **TORRE PARA PROCEDIMIENTOS DE LAPAROSCOPÍA, EQUIPO COMPLETO** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 17** | **EQUIPO DE ENDOSCOPIA GÁSTRICA Y COLONOSCOPIA** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 18** | **ELECTROCAUTERIO** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **Ítem 19** | **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **MANTENIMIENTO** | | | | **Programa de los servicios de Mantenimientos preventivos.** | | | |
| **Ítem 1** | **CALENTADOR PARA SUEROS** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 2** | **COLUMNA CIELÍTICA DE DOS PUESTOS DE TRABAJO** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 3** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MAYOR TIPO LED** | |  |  | **6** (Período semestral/ 2 por año) |  |  |
| **Ítem 4** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MENOR TIPO LED** | |  |  | **6** (Período semestral/ 2 por año) |  |  |
| **Ítem 5** | **LÁMPARA QUIRÚRGICA DE PEDESTAL TIPO LED** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 6** | **ESTERILIZADOR PARA BRONCOSCOPIOS FLEXIBLES Y RÍGIDOS CON TODOS SUS ACCESORIOS** | |  |  | **6** (Período semestral/ 2 por año) |  |  |
| **Ítem 7** | **MÁQUINA DE ANESTESIA DOS GASES** | |  |  | **6** (Período semestral/ 2 por año) |  |  |
| **Ítem 8** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA MAYOR** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 9** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA GINECOLÓGICA** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 10** | **MESA PARA PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 11** | **MESA PARA PARTOS** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 13** | **TORNIQUETE NEUMÁTICO** | |  |  | **2** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 14** | **SIERRA ELÉCTRICA**  **PARA CORTAR YESO CON ASPIRACIÓN DE POLVO** | |  |  | **2** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 15** | **EQUIPO DE ARTROSCOPÍA** | |  |  | **6** (Período semestral/ 2 por año) |  |  |
| **Ítem 16** | **TORRE PARA PROCEDIMIENTOS DE LAPAROSCOPÍA, EQUIPO COMPLETO** | |  |  | **6** (Período semestral/ 2 por año) |  |  |
| **Ítem 17** | **EQUIPO DE ENDOSCOPIA GÁSTRICA Y COLONOSCOPIA** | |  |  | **6** (Período semestral/ 2 por año) |  |  |
| **Ítem 18** | **ELECTROCAUTERIO** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
| **Ítem 19** | **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA** | |  |  | **3** (1 por año) |  |  |
|  | | | | | **Total** | |  |
| **(\*)** Las jornadas de capacitación y los mantenimientos requeridos, serán coordinados previamente con el Administrador del Contrato dentro de los 30 días calendario posterior a la entrega de los equipos.  Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | |

##### Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta

*[El Oferente completará este Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas].*

Fecha: *[indique día, mes y año de presentación de la oferta].*

SDO n.°: *[número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación si se trata de una oferta por una alternativa].*

Para: *[indique el nombre completo del Comprador].*

Los suscriptos declaramos que:

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

Aceptamos que seremos declarados automáticamente inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Comprador por un período **3 años contados** a partir de la fecha de apertura de ofertassi incumplimos nuestras obligaciones derivadas de las condiciones de la oferta, a saber:

* + - * 1. Si retiramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la Oferta especificado en la Carta de la Oferta, o
        2. Si, una vez que el Comprador nos ha notificado de la aceptación de nuestra Oferta dentro del período de validez de la Oferta, (i) no firmamos o nos negamos a firmar el Contrato, o (ii) no suministramos o nos negamos a suministrar la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAO.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de Oferta expirará en el caso de que no seamos seleccionados, y (i) si recibimos una notificación con el nombre del Oferente seleccionado, o (ii) han transcurrido 28 días después de la expiración de nuestra Oferta, lo que ocurra primero.

Nombre del Oferente\*:

Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Oferente\*\*:

Cargo de la persona firmante del Formulario de la Oferta:

Firma de la persona nombrada anteriormente:

Fecha de la firma: El día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\*** En el caso de las Ofertas presentadas por una APCA, especifique el nombre de la APCA que actúa como Oferente.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Oferente. El poder deberá adjuntarse a los Formularios de la Oferta.

*[Nota: En caso de que se trate de una APCA, la Declaración de Mantenimiento de Oferta deberá emitirse en nombre de todos los miembros de la APCA que presenta la Oferta].*

##### Autorización del Fabricante

*[El Oferente solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membretado del Fabricante y deberá estar firmada por una persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan jurídicamente al Fabricante. El Oferente lo deberá incluirá en su Oferta, si así se establece en los DDL].*

Fecha: *[indique día, mes y año de presentación de la oferta].*

SDO n.°: *[Indique el número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.*° *de identificación si se trata de una oferta por una alternativa].*

Para: *[indique el nombre completo del Comprador].*

POR CUANTO

Nosotros *[indique nombre completo del Fabricante]*, como fabricantes oficiales de *[indique el nombre de los bienes fabricados]*, con fábricas ubicadas en *[indique la dirección completa de las fábricas],* autorizamos mediante el presente a *[indique el nombre completo del Oferente]* a presentar una Oferta con el propósito de suministrar los siguientes Bienes de nuestra fabricación *[nombre y breve descripción de los bienes]*, y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, conforme a la IAO 28 de las Condiciones Generales del Contrato, respecto de los Bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Firma: *[indique firma de los representantes autorizados del Fabricante].*

Nombre: *[indique el nombre completo de los representantes autorizados del Fabricante]*.

Cargo: *[indique el cargo].*

Fechado el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_ *[fecha de la firma].*

SEGUNDA PARTE. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos

1. Notas para la Preparación de los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos

El Comprador deberá incluir los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos en el documento de licitación. Dicha lista deberá abarcar, como mínimo, una descripción de los bienes y servicios que habrán de proporcionarse y un Cronograma de Entregas.

Los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos tiene como objetivo proporcionar suficiente información para que los Oferentes puedan preparar sus Ofertas con eficiencia y precisión, en particular la Lista de Precios, para la cual se proporciona un formulario en la Sección V. Además, la Lista de Requisitos de los Bienes y en la Lista de Servicios Conexos, junto con la Lista de Precios, servirá como base en caso de que haya una variación de cantidades en el momento de la adjudicación del Contrato, de conformidad con la IAO 43.1.

La fecha o el plazo de entrega deberá establecerse con sumo cuidado, teniendo en cuenta: (a) las implicaciones de los términos de entrega estipulados en las IAO, de conformidad con los reglamentos de Incoterms (es decir, los términos EXW, CIP, FOB, FCA, que especifican que “la entrega” se concreta cuando los bienes son entregados **a los transportadores**), y (b) la fecha establecida aquí a partir de la cual empiezan las obligaciones de entrega del Comprador (es decir, la notificación de adjudicación, la firma del Contrato, y la apertura o confirmación de la carta de crédito).

Si de conformidad con los DDL que hacen referencia a la IAO 1.4, esta SDO se utiliza para adquirir bienes de segunda mano, las Especificaciones Técnicas deberán indicar las características mínimas de los bienes de segunda mano y las garantías adecuadas.

Si de conformidad con los DDL que hacen referencia a la IAO 1.1, esta SDO se utiliza para arrendar bienes con opción de compra (*leasing*), las Especificaciones Técnicas y otras partes del documento de licitación deberán indicar las condiciones propias de esa forma de contratación, que deberán incluir las medidas acordadas con el Banco para mitigar los riesgos.

##### 2. Lista de Bienes y Cronograma de Entregas

| **N.**°**de artículo** | **Descripción de los bienes** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar de entrega final, según se indica en los DDL** | **Fecha de entrega (de acuerdo a los Incoterms)** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha más temprana de entrega** | **Fecha límite de entrega** | **Fecha de entrega ofrecida por el licitante *[la proporcionará el Oferente]*** |
| 1 | CALENTADOR PARA SUEROS | 6 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
| 2 | COLUMNA CIELÍTICA DE DOS PUESTOS DE TRABAJO | *6* | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 3 | LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MAYOR TIPO LED | 4 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 4 | LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MENOR TIPO LED | 13 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 5 | LÁMPARA QUIRÚRGICA DE PEDESTAL TIPO LED | 21 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 6 | ESTERILIZADOR PARA BRONCOSCOPIOS FLEXIBLES Y RÍGIDOS CON TODOS SUS ACCESORIOS | 2 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 7 | MÁQUINA DE ANESTESIA DOS GASES | 9 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 8 | MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA MAYOR | 3 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 9 | MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA GINECOLÓGICA | 1 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 10 | MESA PARA PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA | 1 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 11 | MESA PARA PARTOS | 5 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 12 | RASURADORA DE BATERÍAS | 21 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 13 | TORNIQUETE NEUMÁTICO | 1 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 14 | SIERRA ELÉCTRICA | 1 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 15 | EQUIPO DE ARTROSCOPÍA | 1 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 16 | TORRE PARA PROCEDIMIENTOS DE LAPAROSCOPÍA, EQUIPO COMPLETO | 2 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 17 | EQUIPO DE ENDOSCOPIA GÁSTRICA Y COLONOSCOPIA | 1 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 18 | ELECTROCAUTERIO | 2 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 19 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 4 | C/U | En hospital Nacional de la Zona Norte | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |

##### 3. Lista de Servicios Conexos y Cronograma de Cumplimiento

*[El Comprador deberá completa este cuadro. Las fechas de finalización deberán ser realistas y congruentes con las fechas requeridas de entrega de los bienes (de acuerdo a los Incoterms)].*

| **Servicio** | **Descripción del servicio** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fechas finales de cumplimiento de los servicios** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
| **CAPACITACIÓN** | |  |  |  |  |
| **Ítem 1** | **CALENTADOR PARA SUEROS** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato. |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 2** | **COLUMNA CIELÍTICA DE DOS PUESTOS DE TRABAJO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 3** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MAYOR TIPO LED** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 4** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MENOR TIPO LED** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 5** | **LÁMPARA QUIRÚRGICA DE PEDESTAL TIPO LED** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 6** | **ESTERILIZADOR PARA BRONCOSCOPIOS FLEXIBLES Y RÍGIDOS CON TODOS SUS ACCESORIOS** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 7** | **MÁQUINA DE ANESTESIA DOS GASES** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 3 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u (personal usuario) * Jornada de 8 horas c/u (personal mantenimiento) * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 8** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA MAYOR** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 9** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA GINECOLÓGICA** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 10** | **MESA PARA PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 11** | **MESA PARA PARTOS** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 12** | **RASURADORA DE BATERÍAS** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Ítem 13** | **TORNIQUETE NEUMÁTICO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 14** | **SIERRA ELÉCTRICA**  **PARA CORTAR YESO CON ASPIRACIÓN DE POLVO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 15** | **EQUIPO DE ARTROSCOPÍA** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 16** | **TORRE PARA PROCEDIMIENTOS DE LAPAROSCOPÍA, EQUIPO COMPLETO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u (personal usuario) * Jornada de 8 horas c/u (personal mantenimiento) * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 17** | **EQUIPO DE ENDOSCOPIA GÁSTRICA Y COLONOSCOPIA** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u (personal usuario) * Jornada de 8 horas c/u (personal mantenimiento) * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 18** | **ELECTROCAUTERIO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **Ítem 19** | **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 4 horas c/u * Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | En hospital Nacional de la Zona Norte | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 jornadas |
| **MANTENIMIENTO** | |  | **Programa de los servicios de Mantenimientos preventivos.** | | |
| **Ítem 1** | **CALENTADOR PARA SUEROS** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 2** | **COLUMNA CIELÍTICA DE DOS PUESTOS DE TRABAJO** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 3** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MAYOR TIPO LED** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (períodos semestrales)  1ª A los 6 meses  2ª a los 12 meses  3ª a los 18 meses  4ª a los 24 meses  5ª a los 30 meses  6ª a los 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 4** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MENOR TIPO LED** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (períodos semestrales)  1ª A los 6 meses  2ª a los 12 meses  3ª a los 18 meses  4ª a los 24 meses  5ª a los 30 meses  6ª a los 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 5** | **LÁMPARA QUIRÚRGICA DE PEDESTAL TIPO LED** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 6** | **ESTERILIZADOR PARA BRONCOSCOPIOS FLEXIBLES Y RÍGIDOS CON TODOS SUS ACCESORIOS** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (períodos semestrales)  1ª A los 6 meses  2ª a los 12 meses  3ª a los 18 meses  4ª a los 24 meses  5ª a los 30 meses  6ª a los 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 7** | **MÁQUINA DE ANESTESIA DOS GASES** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (períodos semestrales)  1ª A los 6 meses  2ª a los 12 meses  3ª a los 18 meses  4ª a los 24 meses  5ª a los 30 meses  6ª a los 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 8** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA MAYOR** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 9** | **MESA QUIRÚRGICA PARA CIRUGÍA GINECOLÓGICA** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 10** | **MESA PARA PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 11** | **MESA PARA PARTOS** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 12** | **RASURADORA DE BATERÍAS** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Ítem 13** | **TORNIQUETE NEUMÁTICO** | 2 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 14** | **SIERRA ELÉCTRICA**  **PARA CORTAR YESO CON ASPIRACIÓN DE POLVO** | 2 años | Programa de los servicios de Mantenimientos preventivos.  Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 15** | **EQUIPO DE ARTROSCOPÍA** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (períodos semestrales)  1ª A los 6 meses  2ª a los 12 meses  3ª a los 18 meses  4ª a los 24 meses  5ª a los 30 meses  6ª a los 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 16** | **TORRE PARA PROCEDIMIENTOS DE LAPAROSCOPÍA, EQUIPO COMPLETO** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (períodos semestrales)  1ª A los 6 meses  2ª a los 12 meses  3ª a los 18 meses  4ª a los 24 meses  5ª a los 30 meses  6ª a los 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 17** | **EQUIPO DE ENDOSCOPIA GÁSTRICA Y COLONOSCOPIA** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (períodos semestrales)  1ª A los 6 meses  2ª a los 12 meses  3ª a los 18 meses  4ª a los 24 meses  5ª a los 30 meses  6ª a los 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 18** | **ELECTROCAUTERIO** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |
| **Ítem 19** | **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA** | 3 años | Durante vigencia de la garantía del equipo:  (período anual)  1ª A los 6 meses  2ª a los 18 meses  3ª entre los 30 meses y 36 meses | En hospital Nacional de la Zona Norte | Al finalizar los tres años de vigencia de la garantía de fabrica |