Sección V. Formularios de la Oferta

**Índice de Formularios de la Oferta**

[Carta de la Oferta 44](#_Toc124760133)

[Formulario de Información sobre el Oferente 47](#_Toc124760134)

[Formulario de información sobre los miembros de la APCA 48](#_Toc124760135)

[Formularios de Listas de Precios 49](#_Toc124760136)

[Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador a ser importados 50](#_Toc124760137)

[Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador, previamente importados 51](#_Toc124760138)

[Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos 52](#_Toc124760139)

[Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta 56](#_Toc124760140)

[Autorización del Fabricante 57](#_Toc124760141)

##### 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 Lote (f) a continuación es:

Opción 1, en caso de un solo Lote: el precio total es *[indique el precio total de la Oferta en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].*

O bien,

Opción 2, en caso de múltiples Lotes: (a) precio total de cada Lote *[inserte el precio total de cada Lote en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas],* y (b) precio total de todos los Lotes (suma de todos los Lotes) *[inserte el precio total de todos los Lotes en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].*

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].*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | | | |  |  |  |  |
|  | **LOTE 1 CAMAS Y CAMILLAS** | |  |  |  |  |  |
| **Artículo 1** | **CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas de 4 horas, de los servicios hospitalarios, total 8 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Capacitación para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Mantenimiento Preventivo | |  |  | 1 visita por cada equipo durante el período de la garantía |  |  |
|  | Soporte | |  |  | 1visita por cada equipo durante el período de la garantía |  |  |
| **Artículo 2** | **CAMA ELÉCTRICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas de 4 horas de los servicios hospitalarios, total 8 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Capacitación para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Mantenimiento Preventivo | |  |  | 1 visita por cada equipo durante el período de la garantía |  |  |
|  | Soporte | |  |  | 1visita por cada equipo durante el período de la garantía |  |  |
| **Artículo 3** | **CAMA HOSPITALARIA ORTOPEDICA** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas de 4 horas del servicio de ortopeda, total 8 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Capacitación para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Mantenimiento Preventivo | |  |  | 1 visita por cada equipo durante el período de la garantía |  |  |
| **Artículo 4** | **CAMILLA ESPECIAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE MÁXIMA URGENCIA** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas de 4 horas , del servicio de recuperación de emergencia, total 8 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Capacitación para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Mantenimiento Preventivo | |  |  | 1 visita por cada equipo durante el período de la garantía |  |  |
| **Artículo 5** | **CAMILLA PARA ATENCION DE PACIENTES EN RECUPERACION** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas de 4 horas del servicio de recuperación, total 8 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Capacitación para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Mantenimiento Preventivo | |  |  | 1 visita por cada equipo durante el período de la garantía |  |  |
|  | **LOTE 4 MOBILIARIO CLÍNICO GENERAL** | |  |  |  |  |  |
| **Artículo 25** | **BÁSCULA ADULTO CON TALLÍMETRO** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para personal usuario. | |  |  | 4 jornadas de 0.5 horas,  Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
|  | Capacitación para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 1 hora: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. |  |  |
| **(\*)** 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 a la distribución del contrato.  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 **un (1) año respecto al inciso (a) y tres (3) años respecto al inciso (b),** 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

Sección VI. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos

**Índice**

[1. Lista de Bienes y Cronograma de Entregas](#_Toc19100089) 62

[2. Lista de Servicios Conexos y Cronograma de Cumplimiento 69](#_Toc19100090)

[3. Especificaciones Técnicas 73](#_Toc19100091)

[4. Planos o Diseños 130](#_Toc19100092)

[5. Inspecciones y Pruebas](#_Toc19100093) 140

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

|  | **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]*** |
| **N.**°**de Artículo** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LOTE 1 CAMAS Y CAMILLAS** |  |  |  |  |  |  |
|  | CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA | 80 | C/U | Almacén El Paraíso, colonia El Paraíso, final 6ta. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CAMA ELÉCTRICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS | 8 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CAMA HOSPITALARIA ORTOPEDICA | 4 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CAMILLA ESPECIAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE MÁXIMA URGENCIA | 6 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CAMILLA PARA ATENCION DE PACIENTES EN RECUPERACION | 15 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CAMILLA DE TRANSPORTE DE PACIENTE, CON BARANDALES | 20 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CANAPÉ PARA EXAMEN UNIVERSAL | 30 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | **LOTE 2 CARROS DE USO CLÍNICO** |  |  |  |  |  |  |
|  | CARRO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA | 13 | C/U | Almacén El Paraíso, colonia El Paraíso, final 6ta. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CARRO DE ACERO INOXIDABLE CON DOS ENTREPAÑOS | 2 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CARRO DE CURACIONES | 18 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CARRO PARA TRANSPORTE DE ROPA LIMPIA | 23 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CARRO PARA TRANSPORTE DE ROPA SUCIA | 23 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CARRO DE TRANSPORTE DE INSTRUMENTAL ESTÉRIL, PEQUEÑO | 4 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CARRO DE TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS | 5 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CARRO PARA TRANSPORTE DE EXPEDIENTES | 7 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | **LOTE 3 BANCOS, SILLAS Y SILLONES** |  |  |  |  |  |  |
|  | BANCO GIRATORIO AJUSTABLE DE ACERO INOXIDABLE | 11 | C/U | Almacén El Paraíso, colonia El Paraíso, final 6ta. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | BANCO GIRATORIO AJUSTABLE DE ACERO INOXIDABLE DE CUATRO APOYOS | 22 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | SILLA DE RUEDAS, TIPO MANUAL PARA TRASLADO DE PACIENTE ADULTO | 12 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | SILLA DE RUEDAS, TIPO MANUAL PARA TRASLADO DE PACIENTE NIÑO(A) | 2 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | SILLA PARA BAÑAR PACIENTE | 5 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | SILLÓN PARA TOMA DE MUESTRAS | 2 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | SILLÓN | 1 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | SILLÓN PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE | 2 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | SILLÓN ACOJINADO RECLINABLE | 6 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | **LOTE 4 MOBILIARIO CLÍNICO GENERAL** |  |  |  |  |  |  |
|  | BÁSCULA ADULTO CON TALLÍMETRO | 11 | C/U | Almacén El Paraíso, colonia El Paraíso, final 6ta. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | BIOMBO DE 3 CUERPOS, BASE DE HIERRO Y LONA DE VINYL | 19 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | CONTENEDOR DE POLIPROPILENO PARA TRANSPORTE DE MUESTRAS, CAPACIDAD 40 TUBOS, INCLUYENDO ALMOHADILLA ABSORBENTE DE (9 -16) MILIMETROS, GRADILLA DE (11-17) MILIMETROS Y MALENTIN ISOTERMICO DE MATERIAL AISLANTE Y REFRIGERANTE, MANTIENE TEMPERATURA DE 8 GRADOS CENTIGRADOS, AUTOCLAVABLE. | 2 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | GRADILLA DE UN PELDAÑO ANTIDESLIZANTE | 82 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | GRADILLAS DE DOS PELDAÑOS ANTIDESLIZANTES | 123 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | GRADILLAS DE TRES PELDAÑOS ANTIDESLIZANTES | 21 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | HIELERA MULTIUSOS CON CIERRE HERMETICO Y HALADERAS LATERALES, CAPACIDAD DE 48 QT | 4 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | INFANTÓMETRO | 1 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | PORTA SUERO CON RODOS (ATRIL DOBLE) DE CUATRO GANCHOS | 210 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | RECIPIENTE PLASTICO PARA DESECHOS PELIGROSOS | 35 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | RECIPIENTE RÍGIDO PARA PUNZOCORTANTES | 25 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | TALLÍMETRO PLEGABLE PORTÁTIL | 8 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | **LOTE 5 MESAS DE USO CLÍNICO** |  |  |  |  |  |  |
|  | MESA AUXILIAR PARA TRASLADO DE MUESTRAS | 2 | C/U | Almacén El Paraíso, colonia El Paraíso, final 6ta. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | MESA AUXILIAR HOSPITALARIA PARA USO DIVERSOS, MEDIANA | 26 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | MESA DE NOCHE | 160 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | MESA MAYO, PARA INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO | 11 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | MESA MEDIA LUNA PARA USO EN QUIRÓFANO | 11 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | MESA PARA TRABAJOS DIVERSOS GRANDE, DE ACERO INOXIDABLE, CON RODOS Y ENTREPAÑOS | 14 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | MESA PUENTE | 180 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | **LOTE 6 ARMARIOS Y ANAQUELES** |  |  |  |  |  |  |
|  | ANAQUEL METÁLICO CON PUERTA DE VIDRIO Y CHAPA DE SEGURIDAD DE CINCO ENTREPAÑOS REGULABLES | 57 | C/U | Almacén El Paraíso, colonia El Paraíso, final 6ta. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | ANAQUEL METÁLICO CON PUERTAS METÁLICAS Y CHAPA DE SEGURIDAD | 2 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | ARMARIO DE ACERO INOXIDABLE DE DOS CUERPOS | 5 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | ANAQUEL GUARDACOMODOS | 10 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | ESTANTE DE ACERO INOXIDABLE DE UN CUERPO CON CUATRO ENTREPAÑOS | 50 | C/U | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
|  | LOTE 7 CILINDRO |  |  |  |  |  |
| 28 | CILINDRO CON OXIGENO (CAPACIDAD 248 LT) | 10 | C/U | Almacén El Paraíso, colonia El Paraíso, final 6ta. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 160 días calendario después de la distribución del Contrato | 180 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |

##### 2. 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)].*

|  | **Descripción del servicio** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fechas finales de cumplimiento de los servicios** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
|  | **LOTE 1 CAMAS Y CAMILLAS** |  |  |  |  |
| **CAPACITACIÓN** | | | | | |
| **Artículo** |  |  |  |  |  |
| **1** | **CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA** |  |  |  |  |
| **2** | **CAMA ELÉCTRICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS** |
| **3** | **CAMA HOSPITALARIA ORTOPEDICA** |
| **4** | **CAMILLA ESPECIAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE MÁXIMA URGENCIA** |
| **5** | **CAMILLA PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN RECUPERACIÓN** |
|  | Para personal usuario. | 2 | * jornadas de 4 horas por servicio, total 8 jornadas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento | 1 | * jornada de 4 horas: Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo. | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  |  |  |  |  |  |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | | | | | |
|  | **LOTE 1 CAMAS Y CAMILLAS** |  |  |  |  |
| **Artículo 1** | **CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA** |  |  |  |  |
|  | Durante el período de la garantía | 1 visita | * c/u | En Hospital de Nejapa | Al finalizar la vigencia del proyecto |
|  | Soporte |  | * visita por cada equipo durante el período de la garantía | Hospital de Nejapa | Al finalizar la vigencia del proyecto |
| **Artículo 2** | **CAMA ELÉCTRICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS** |  |  |  |  |
|  | Durante el periodo de la garantía | 1 visita | - c/u | En Hospital de Nejapa | Al finalizar la vigencia del proyecto |
|  | Soporte |  | visita por cada equipo durante el período de la garantía | Hospital de Nejapa | Al finalizar la vigencia del proyecto |
| **3** | **CAMA HOSPITALARIA ORTOPEDICA** |  |  |  |  |
|  | Durante el período de la garantía | 1 visita | c/u | En Hospital de Nejapa | Al finalizar la vigencia del proyecto |
| **4** | **CAMILLA ESPECIAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE MÁXIMA URGENCIA** |  |  |  |  |
|  | Durante el período de la garantía | 1 visita | c/u | En Hospital de Nejapa | Al finalizar la vigencia del proyecto |
| **5** | **CAMILLA PARA ATENCION DE PACIENTES EN RECUPERACION** |  |  |  |  |
|  | Durante el período de la garantía | 1 visita | * c/u | En Hospital de Nejapa | Al finalizar la vigencia del proyecto |

3. Especificaciones Técnicas

**CONDICIONES GENERALES**

1. Al momento de la recepción se deberá colocar una placa o viñeta en un lugar visible en la que pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen, inicio y fin de vigencia de la garantía.
   1. Con la entrega del mobiliario del lote 1 para los artículos del 1 al 6:
      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 entregada al hospital y una copia en memoria extraíble tipo USB con la información de brochures y de servicio a la Unidad Gestora de Equipo Biomédico.
      3. Para poder recepcionar los bienes considerados como dispositivo médico, se debe presentar el Registro Sanitario que emite la Dirección Nacional de Medicamentos, ver requisitos en la siguiente dirección: <https://www.medicamentos.gob.sv/?p=2173>

1. **SERVICIOS CONEXOS** 
   1. **CAPACITACIÓN** aplica para el lote 1 en los artículos 1, 2, 3, 4 y 5**:** 
      1. PARA PERSONAL USUARIO:
         1. La capacitación debe de contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza del equipo, aplicaciones clínicas y de uso en general.
      2. PARA PERSONAL DE MANTENIMIENTO:
         1. La capacitación debe de contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas, solicitud de repuestos.
         2. Incluir todo el material y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
   2. **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** aplica para el lote 1 en los artículos 1, 2, 3, 4 y 5
      1. Con la entrega de los equipos se deberá presentar calendario de la realización del mantenimiento preventivo.
      2. La rutina deberá ser realizada dentro de los seis meses posteriores a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes.
      3. La rutina deberá ser la que el fabricante del equipo recomiende.
      4. Como parte del mantenimiento preventivo se deberán incluir, sin causar gastos adicionales, todos los materiales y consumibles necesarios para cumplir con las rutinas correspondientes, por ejemplo: lubricantes, limpiadores, franela, fusibles, bombillos, etc.
      5. En la visita durante el periodo de garantía, la empresa deberá presentar un reporte de seguridad eléctrica del lote 1 para los artículos 1, 2 y 3, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y los usuarios, en caso de existir deficiencias se deberán corregir de forma oportuna.
      6. Para la visita de mantenimiento preventivo, éstas deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento autorizado por el Jefe de Mantenimiento y del Jefe de cada servicio, salvo en situaciones especiales, las cuales deberán ser previamente acordadas entre las partes.
   3. SOPORTE POR FALLA durante el periodo de garantía, aplica para el Lote1 EN EL PERÍODO DE GARANTÍA aplica para los ARTÍCULOS 1 y 2
      1. Son todas aquellas llamadas por falla o calibración en los equipos y que deben de ser atendidas en el sitio en un período no mayor a 8 horas durante el período de garantía.
      2. La capacidad de atención de solicitud de soporte estará disponible las todo el año, incluyendo fines de semana, periodos de vacaciones y días feriados nacionales.
      3. Si durante el período de garantía un equipos no puede ser reparado o pasa más de sesenta días continuos fuera de servicio este o estos deberán de ser sustituidos por uno de iguales o mejores características a las ofertadas sin costo para la institución.

**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**(TODAS LAS MEDIDAS SON APROXIMADAS)**

**LOTE 1 CAMAS Y CAMILLAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **1** | **62704078** | **CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA** | **80** |

| **MOBILIARIO ESPECIALIZADO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| Estructura construida en acero, con recubrimiento de pintura en polvo epoxi, de alta calidad y gran resistencia a agentes químicos y mecánicos, con accesorios y soportes integrados de fácil acceso, de fácil limpieza y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.   1. Control:    1. Por medio de microprocesador    2. Regulación en altura eléctrica, dentro de un rango entre 40 cm y 85 cm ± 10 cm    3. Panel de control integrado en los barandales y en piecero, con sistema de seguridad para restricción de su operación por el paciente.    4. Alarmas:       1. Falla de energía eléctrica.       2. Estado de batería baja 2. Activación eléctrica de las posiciones:    1. Respaldo reclinable al menos desde 0 a ≥ 70°    2. Sección pies-rodilla ajustable al menos desde 0 a ≥ 30°    3. Posiciones:       1. Horizontal o 0°       2. Trendelemburg y anti-Trendelemburg ≥ 15° ± 3°       3. Posición Fowler alta, semi Fowler. 3. Estructura:    1. De 4 planos, preferentemente 1 fijo y 3 móviles    2. Lecho de cama construido plástico ABS, HDPE u otro material de equivalente resistencia.    3. Plano duro y estable para que soporte el masaje cardíaco.    4. Cabecero y piecero desmontable.    5. 4 Barandas divididas para tronco y pies, abatibles y/o plegables, construidas de material no-conductivo como plástico ABS, HDPE u otro material de equivalente resistencia.    6. Con botón de función para posición de RCP con función de restablecimiento que permita movimientos inmediatos para posición horizontal, para maniobras de reanimación cardiopulmonar, en ambos lados de la cama y/o cabecera o piecera, con movimiento suave o amortiguado.    7. Cuatro receptáculos para soporte de suero ubicados uno en cada esquina de la cama.    8. Con topes en las cuatro esquinas tipo protectores ahulados o rodos fabricados en plástico ABS o similar.    9. 4 ruedas con freno centralizado, de fácil maniobrabilidad y silenciosas, fabricadas de hule, caucho conductivo u otro material anti pelusa con diámetro entre: 12 -15 cm o mayor.    10. Capacidad mínima de carga: 440 lb (200 kg)    11. Apta para sistemas de tracción completos o semiarcos. 4. Condiciones eléctricas:    1. Conexión a 120 VCA, 60Hz, 1 fase o fuente multivoltaje entre 90-240 VCA, 60Hz, 1 fase    2. Con cable de alimentación de al menos 200 cm de largo y toma corriente Grado Hospitalario.    3. Batería con cargador incorporado, que garantice el uso de la cama incluso sin red con respaldo de al menos 0.5 hora plenamente cargada (no UPS). 5. Dimensiones aproximadas del lecho:    1. Ancho: ≥ 100 cm.    2. Largo: ≥ 200 cm. 6. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 7. Las dimensiones de cama deben estar de acuerdo a las “Recomendaciones de reducir entrampamientos de pacientes en camas hospitalarias” dadas por la FDA en “Hospital Bed System Dimensional and Assessment Guidance to Reduce Entrapment” |  |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR CADA CAMA** |  |  |
| 1. Un (1) Atril portasuero de 4 ganchos, regulable en altura. 2. Un (1) Colchón:    1. Colchón de material viscoelástico de 12 cm (+/- 2 cm) de espesor, de alta densidad con diseño para reducción de presión, Ignífugo, antibacterial, anti moho, antiestático, radiotransparente, exento de látex, antialérgico, resistente, transpirable e impermeable, fácil de lavar y desinfectar y con funda removible para lavado.    2. Tamaño de colchón: mayor o igual a 190 cm de largo x 90 de ancho ± 10 cm. |  |  |
| **CERTIFICACIONES Y 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 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América 3. Las camas deben cumplir la norma IEC/EN 60601-2-52 o equivalente relacionada con los requisitos particulares para la seguridad básica y funcionamiento esencial de las camas de hospital. 4. Las camas deben cumplir con los procedimientos de construcción certificados por: ISO 9001, ISO 22882:2004. |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **2** | **60303562** | **CAMA ELÉCTRICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS** | **8** |

| **MOBILIARIO ESPECIALIZADO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| Cama eléctrica diseñada para ser utilizada en la atención de pacientes en estado crítico.   1. Para ser utilizada en salas de máxima urgencia. 2. Control:    1. Por medio de microprocesador    2. Regulación en altura eléctrica, dentro de un rango entre 40 cm y 85 cm ± 5 cm    3. Panel de control integrado en los barandales y en piecero, con sistema de seguridad para restricción de su operación por el paciente.    4. Alarmas:       1. Falla de energía eléctrica.       2. Estado de batería baja       3. De salida de paciente 3. Activación eléctrica de las posiciones:    1. Respaldo reclinable al menos desde 0 a ≥ 70°    2. Sección pies-rodilla ajustable al menos desde 0 a ≥ 30°    3. Posiciones:       1. Horizontal o 0°       2. Trendelemburg y anti-Trendelemburg ≥ 15° ± 3°       3. Posición Fowler alta, semi Fowler.    4. Ángulo de lateralización en bloque de la cama: mínimo 20º para realizar cambios posturales    5. Elevación del soporte de piernas.    6. Posición vascular y elevación de pies.    7. Posición de silla cardíaca. 4. Estructura:    1. Con botón de función para posición de RCP con función de restablecimiento que permita movimientos inmediatos para posición horizontal, para maniobras de reanimación cardiopulmonar, en ambos lados de la cama y/o cabecera o piecera, con movimiento suave o amortiguado.    2. Estructura construida en acero, con recubrimiento de pintura en polvo epoxi, de alta calidad y gran resistencia a agentes químicos y mecánicos, con accesorios y soportes integrados de fácil acceso, de fácil limpieza y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.    3. Lecho de cama construido plástico ABS, HDPE u otro material de equivalente resistencia.    4. De 4 planos, preferentemente 1 fijo y 3 móviles    5. Plano duro y estable para que soporte el masaje cardíaco.    6. 4 Barandas divididas para tronco y pies, abatibles y/o plegables, construidas de material no-conductivo como plástico ABS, HDPE u otro material de equivalente resistencia.    7. Indicador de angulación    8. Cuatro receptáculos para soporte de suero ubicados uno en cada esquina de la cama.    9. Con topes en las cuatro esquinas tipo protectores ahulados o rodos fabricados en plástico ABS o similar.    10. 4 ruedas con freno centralizado, de fácil maniobrabilidad y silenciosas, fabricadas de hule, caucho conductivo u otro material anti pelusa con diámetro entre: 12 -15 cm o mayor; con quinta rueda para mejor movilidad en espacios reducidos.    11. Capacidad mínima de carga: 550 lb (250 kg)    12. Apta para sistemas de tracción completos o semiarcos.    13. Piecero con mesita integrada que mantenga la posición horizontal incluso cuando se realizan movimientos de lateralización 5. Condiciones eléctricas:    1. Conexión a 120 VCA, 60Hz, 1 fase o fuente multivoltaje entre 90-240 VCA, 60Hz, 1 fase    2. Con cable de alimentación de al menos 200 cm de largo y toma corriente Grado Hospitalario.    3. Batería de respaldo de al menos 0.5 horas plenamente cargada (no UPS). 6. Dimensiones aproximadas del lecho:    1. Ancho: ≥100 cm.    2. Largo: ≥ 200 cm. 7. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 8. Las dimensiones de cama deben estar de acuerdo a las “Recomendaciones de reducir entrampamientos de pacientes en camas hospitalarias” dadas por la FDA en “Hospital Bed System Dimensional and Assessment Guidance to Reduce Entrapment” |  |  |
| ACCESORIOS INCLUIDOS POR CADA EQUIPO, Presentar carta compromiso de entrega de los accesorios y son de estricto cumplimiento. |  |  |
| 1. Colchón:    1. Colchón integrado en todas las funciones de la cama y alimentado por la misma fuente de alimentación que la cama.    2. Anti escaras con diseño para reducción de presión en toda su superficie.    3. Sistema de insuflación de aire que regule la firmeza de la superficie del colchón.    4. Que cuente con control de temperatura.    5. El colchón debe fugar energía eléctrica como máximo 100 microamperios, con sistema para evitar descargas eléctricas por electricidad estática que proteja al paciente y personal hospitalario.    6. Ignífugo, antibacterial, anti moho, antiestático,radiotransparente, exento de látex, antialérgico, resistente, transpirable e impermeable, fácil de lavar y desinfectar y con funda removible para lavado.    7. Con sistema de desinflado de emergencia para maniobras de RCP    8. Tamaño de colchón: mayor o igual a 190 cm de largo x 80 de ancho. 2. Un (1) Atril portasuero de 4 ganchos, regulable en altura. 3. Un control remoto para todas las funciones, alámbrico. 4. Una (1) báscula de precisión incorporada, con dato de peso en tiempo real, que permita almacenar diversas mediciones, Debe indicar el peso exacto del paciente en todas las posiciones de la cama. 5. Un (1) compresor para el colchón que podría o no estar integrado en la misma cama. |  |  |
| **CERTIFICACIONES Y 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 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América 3. Las camas deben cumplir la norma IEC/EN 60601-2-52 o equivalente relacionada con los requisitos particulares para la seguridad básica y funcionamiento esencial de las camas de hospital. 4. Las camas deben cumplir con los procedimientos de construcción certificados por: ISO 9001, ISO 22882:2004. |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **3** | **62704074** | **CAMA HOSPITALARIA ORTOPEDICA** | **4** |

| **MOBILIARIO ESPECIALIZADO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| Estructura construida en acero, con recubrimiento de pintura en polvo epoxi, de alta calidad y gran resistencia a agentes químicos y mecánicos, con accesorios y soportes integrados de fácil acceso, de fácil limpieza y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.   1. Control:    1. Por medio de microprocesador    2. Panel de control integrado en los barandales y en piecero, con sistema de seguridad para restricción de su operación por el paciente.    3. Regulación en altura eléctrica, dentro de un rango entre 40 cm y 85 cm ± 5 cm    4. Alarmas:       1. Falla de energía eléctrica.       2. Estado de batería baja 2. Activación eléctrica de las posiciones:    1. Respaldo reclinable al menos desde 0 a ≥ 70°    2. Sección pies-rodilla ajustable al menos desde 0 a ≥ 30°    3. Posición:       1. Horizontal o 0°       2. Trendelemburg y anti-Trendelemburg ≥ 15° ± 3°       3. Posición Fowler alta, semi Fowler. 3. Estructura:    1. De 4 planos, preferentemente 1 fijo y 3 móviles    2. Plano duro y estable para que soporte el masaje cardíaco.    3. Lecho de cama construido plástico ABS, HDPE u otro material de equivalente resistencia.    4. Cabecero y piecero desmontable.    5. 4 Barandas divididas para tronco y pies, abatibles y/o plegables, construidas de material no-conductivo como plástico ABS, HDPE u otro material de equivalente resistencia.    6. Con botón de función para posición de RCP con función de restablecimiento que permita movimientos inmediatos para posición horizontal, para maniobras de reanimación cardiopulmonar, en ambos lados de la cama y/o cabecera o piecera, con movimiento suave o amortiguado.    7. Cuatro receptáculos para soporte de suero ubicados uno en cada esquina de la cama.    8. Con topes en las cuatro esquinas tipo protectores ahulados o rodos fabricados en plástico ABS o similar.    9. 4 ruedas con freno centralizado, de fácil maniobrabilidad y silenciosas, fabricadas de hule, caucho conductivo u otro material anti pelusa con diámetro entre: 12 -15 cm o mayor.    10. Capacidad mínima de carga: 550 lb (250 kg) 4. Apta para sistemas de tracción completos o semiarcos:    1. Construidos en aluminio, con sección octogonal.    2. El sistema debe de facilitar el montaje por parte del personal sanitario    3. Los cuadros no deben de sobresalir del perímetro de la cama    4. La fijación del sistema no debe de impedir ningún movimiento de la cama    5. Medidas de los arcos: 130 cm x 140cm x 85 cm ± 5 cm 5. Condiciones eléctricas:    1. Conexión a 120 VCA, 60Hz, 1 fase o fuente multivoltaje entre 90-240 VCA, 60Hz, 1 fase    2. Con cable de alimentación de al menos 200 cm de largo y toma corriente Grado Hospitalario.    3. Batería con cargador incorporado, que garantice el uso de la cama incluso sin red con respaldo de al menos 0.5 horas plenamente cargada. 6. Dimensiones aproximadas del lecho:    1. Ancho: 100-110 cm.    2. Largo: 200-220 cm. 7. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 8. Las dimensiones de cama deben estar de acuerdo a las “Recomendaciones de reducir entrampamientos de pacientes en camas hospitalarias” dadas por la FDA en “Hospital Bed System Dimensional and Assessment Guidance to Reduce Entrapment” | |  |  |
| **ACCESORIOS A INCLUIR** | |  |  |
| 1. Un (1) Colchón:    1. Colchón de material viscoelástico de 12 cm (+/- 10%) de espesor, de alta densidad con diseño para reducción de presión, Ignífugo, antibacterial, anti moho, antiestático, radiotransparente, exento de látex, antialérgico, resistente, transpirable e impermeables, fácil de lavar y desinfectar y con funda removible para lavado.    2. Tamaño de colchón: mayor o igual a 190 cm de largo x 90 de ancho ± 10 cm. 2. Un (1) Atril portasuero de 4 ganchos, regulable en altura. 3. Un (1) Set o Kit de Arco Balcánico completo:    1. Un (1) Marco sección de cabeza    2. Un (1) Marco sección pies    3. Una (1) Barra de 180 cm    4. Doble grapa de sujeción    5. Una (1) Barra de 40 cm con grapa integrada    6. Un (1) Triangulo para incorporación    7. Dos (2) Esferas de protección    8. Siete (7) Porta poleas abiertas 4. Un (1) Set o Kit de Arco Cervical completo:    1. Un (1) Marco sección cabeza    2. Un (1) Marco sección pies    3. Una (1) Barra 180 cm    4. Doble grapa de fijación    5. Una (1) Barra de 40 cm con grapa    6. Dos (2) Porta poleas abiertas    7. Una (1) Mentonera    8. Una (1) Pequeña suspensión    9. Un (1) Paquete de 10 S modelos medianos    10. Una (1) Cuerda de tracción    11. Un (1) Peso conjunto de 5 kg | |  |  |
| **CERTIFICACIONES Y 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 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América 3. Las camas deben cumplir la norma IEC/EN 60601-2-52 o equivalente relacionada con los requisitos particulares para la seguridad básica y funcionamiento esencial de las camas de hospital. 4. Las camas deben cumplir con los procedimientos de construcción certificados por: ISO 9001, ISO 22882:2004. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **4** | **60303020** | **CAMILLA ESPECIAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE MÁXIMA URGENCIA** | **6** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| Camilla hidráulica para observación de pacientes en área de máxima urgencia.   1. Para uso estacionario y móvil. 2. Ajuste de altura variable por medio de controles hidráulicos de pedal a ambos lados de la camilla. Elevación de cabecera. Trendelenburg y reversa. 3. De 4 planos, preferentemente 1 fijo y 3 móviles 4. Con dos (2) barandas de seguridad laterales, abatibles, colapsables y retractables para el área de tronco. 5. Superficie de descanso radiolúcida. 6. Colchoneta:    1. Fabricada en espuma viscoelástica de espesor 3”    2. Ignífugo, antibacterial, anti moho, antiestático, radiotransparente, exento de látex, antialérgico, resistente, transpirable e impermeable, fácil de lavar y desinfectar y con funda removible para lavado.    3. Medidas: 65 cm de ancho y 190 cm de largo como mínimo (26” x 75”) (+/- 10 %) 7. Con receptáculos para soporte de suero ubicados en cada esquina de la camilla. 8. Sistema central de freno y dirección. 9. Ruedas de caucho conductivo o de poliuretano de 20 cm (8”) con freno en las cuatro ruedas, de fácil desplazamiento. 10. Espacio de almacenaje para un tanque de oxígeno tipo E. 11. Parachoques de alto impacto y protección de choques en todo el perímetro. 12. Asideras en la parte de la cabecera para fácil transporte y empuje. 13. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 14. Dimensiones aproximadas ±5 cm:     1. Altura: 55 cm a 90 cm     2. Largo: ≥ 205 cm     3. Ancho: ≥ 81 cm | |  |  |
| **ACCESORIOS A INCLUIR** | |  |  |
| 1. Con Un (1) atril de acero inoxidable de dos ganchos, para colocar soluciones a ambos lados de la cabecera**.** | |  |  |
| **CERTIFICACIONES Y NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** | |  |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485. 2. Las camas deben cumplir con los procedimientos de construcción certificados por: ISO 9001 | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **5** | **60303021** | **CAMILLA PARA ATENCION DE PACIENTES EN RECUPERACION** | **15** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** |  |  |
| Camilla hidráulica para atención de pacientes en recuperación.   1. Para uso estacionario. 2. Ajuste de altura variable por medio de controles hidráulicos de pedal a ambos lados de la camilla. Elevación de cabecera. Trendelenburg y reversa. 3. De cuatro (4) planos, preferentemente 1 fijo y 3 móviles 4. Con dos (2) barandas de seguridad laterales, abatibles, colapsables y retractables para el área de tronco. 5. Superficie de descanso radiolúcida. 6. Colchoneta:    1. Fabricada en espuma viscoelástica de espesor 3”    2. Ignífugo, antibacterial, anti moho, antiestático, radiotransparente, exento de látex, antialérgico, resistente, transpirable e impermeables, fácil de lavar y desinfectar y con funda removible para lavado.    3. Medidas: 65 cm de ancho y 190 cm de largo como mínimo (26” x 75”) (+/- 10 %) 7. Con dos (2) receptáculos para soporte de suero ubicados en las esquinas de la cabecera de la camilla. 8. Sistema central de freno y dirección. 9. Ruedas de caucho conductivo o de poliuretano de al menos 20 cm (8”) con freno en las cuatro ruedas, de fácil desplazamiento. 10. Parachoques de alto impacto y protección de choques en todo el perímetro. 11. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 12. Dimensiones aproximadas ±5 cm:     1. Altura: 55 cm a 90 cm     2. Largo: ≥ 205 cm     3. Ancho: ≥ 81 cm |  |  |
| **ACCESORIOS A INCLUIR** |  |  |
| 1. **Dos (2) atriles de acero inoxidable de dos ganchos mínimo, para colocar soluciones a ambos lados de la cabecera.** |  |  |
| **CERTIFICACIONES Y NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485. 2. Las camas deben cumplir con los procedimientos de construcción certificados por: ISO 9001 |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **6** | **62704120** | **CAMILLA DE TRANSPORTE DE PACIENTE, CON BARANDALES** | **20** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN** | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** |  |  |
| 1. Construcción tubular redonda en acero inoxidable ≥ 1”. 2. Con barandales de seguridad tubulares de acero inoxidable, abatibles o retráctiles. 3. Capacidad de soportar 550 lb (250 kg) de peso como mínimo 4. Respaldo reclinable 5. Colchoneta de espuma de poliuretano de 10 cm como mínimo de espesor, cubierta de plástico fuerte, lavable, altamente resistente a líquidos de desinfección. 6. Ruedas de 5” mínimo de diámetro, de caucho conductivo con freno en las 4 ruedas. 7. Parachoques de alto impacto y protección de choques en todo el perímetro. 8. Con dos (2) receptáculos para atril de dos ganchos ubicados en las esquinas de la cabecera de la camilla. 9. Con soporte para colocar cilindro de oxígeno tipo E 10. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 11. Dimensiones aproximadas:     1. Altura: 0.75 – 0.85 m     2. Largo: 1.85 – 1.95 m     3. Ancho: 0.60 – 0.85 m |  |  |
| **ACCESORIOS A INCLUIR** |  |  |
| 1. **Dos (2) atriles de acero inoxidable de dos ganchos mínimo, para colocar soluciones a ambos lados de la cabecera.** |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **7** | **62704160** | **CANAPÉ PARA EXAMEN UNIVERSAL** | **30** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** |  |  |
| **27** Canapé serán de examen universal para uso en consultorio y 3 canapé de madera para uso en fisioterapia.   1. Para 27 Canapé para uso en consultorio:    1. Respaldo abatible con una inclinación máxima de 60º y una posición intermedia de 30º aproximadamente.    2. Colchoneta de espuma de poliuretano ignifugo de 3.5” de espesor, forrado de tapiz plástico o vinyl color azul, negro o gris sin costuras, lavable resistente a los desinfectantes utilizados en ambientes hospitalarios    3. Tacos de hule (regatones) antideslizantes en los cuatro apoyos del canapé.    4. Porta rollo de papel integrado a la estructura.    5. Estructura metálica de perfil cuadrado de 25.4 x 25.4 mm (1" x 1") de lámina de acero calibre No. 18.    6. Acabado con anticorrosivo y en pintura color beige resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.    7. Capacidad de carga de al menos: 440 lb (200 kg)    8. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas.    9. Dimensiones aproximadas       1. Largo: 180 cm       2. Ancho: 55 cm       3. Alto: 70 cm       4. Todas las medidas ± 10 cm 2. Para 3 Canapés de madera para el servicio de fisioterapia:    1. Estructura de madera de cedro u otro material de equivalente resistencia.    2. Marco de 4” x 4” con travesaño inferior para reforzar la estructura.    3. Respaldo abatible con una inclinación máxima de 60º.    4. Colchoneta de espuma de poliuretano ignifugo de 3.5” de espesor, forrado de tapiz plástico o vinyl color negro o café sin costuras, lavable resistente a los desinfectantes utilizados en ambientes hospitalarios    5. Respaldo con abertura desmontable para colocar paciente en decúbito prono o ventral.    6. Capacidad de carga de al menos: 440 lb (200 kg)    7. Dimensiones aproximadas:       1. Largo: 180 cm       2. Ancho: 55 cm       3. Alto: 70 cm       4. Todas las medidas ± 10 cm |  |  |

|  |
| --- |
| **IMAGENES DE REFERENCIA**  **CANAPÉ PARA CONSULTORIO CANAPÉ PARA FISIOTERAPIA**  Canapés |

**LOTE 2 CARROS DE USO CLÍNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **8** | **62704281** | **CARRO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA** | **13** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| 1. Para transportar al menos 40 dosis. 2. Estructura fabricada en acero inoxidable 304 o Acero cubierto de pintura epóxica o ABS. 3. Cajones extraíbles para dispensación de medicamentos. 4. Con un sistema que permita el resguardo de los medicamentos bajo llave y evite la apertura accidental de los cajetines. 5. Con un (1) depósito de residuos peligrosos. 6. Con un (1) depósito de residuos comunes. 7. Zona de agarre para su transporte y empuje. 8. Porta atril y atril de al menos 2 ganchos. 9. Ruedas con diámetro mínimo 3” con sistema de frenado en al menos 2. 10. Ruedas con superficie de rodamiento fabricada en hule, caucho o goma, no plásticos, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. 11. Con bandeja o superficie superior para conteo de pastillas. 12. Material de construcción del carro debe permitir la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario para su limpieza. Indicar recomendación de producto recomendado a utilizar para este procedimiento (amonio cuaternario, solución acuosa más clorhexidina). 13. Medidas aproximadas:     * 1. Largo: 50 -60 cm       2. Ancho: 60 - 70 cm       3. Alto: 80 - 90 cm |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **9** | **60402350** | **CARRO DE ACERO INOXIDABLE CON DOS ENTREPAÑOS** | **2** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| 1. Estructura de perfil tubular redondo de acero inoxidable, calibre No. 18 en postes verticales de 25.4 mm (1”) de diámetro, y perfil tubular redondo del mismo material en travesaños horizontales de 12.7 mm (½”) de diámetro. 2. Barandas laterales de alambrón de acero inoxidable de sección circular con 6.3 mm (¼”) de diámetro acabado pulido. 3. Cubierta de acero inoxidable, calibre No. 20 unida al bastidor. 4. Entrepaño de acero inoxidable, calibre No. 20 unida a la estructura. 5. Un lado será barra de empuje tal como se muestra en la imagen de referencia. Las ruedas del lado de la barra serán con freno y giratorias y las ruedas del otro extremo serán fijas. 6. Rodamiento comercial tipo semipesado, rueda de hule natural de al menos 101.0 mm (4”) de diámetro por huella de 25.4 mm (1”). 7. Las ruedas contendrán rodamientos de bolas con guardapolvo de lámina de acero acabado cromado. 8. Fabricado en acero inoxidable grado 304 o mejor según norma AISI o equivalente. 9. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 10. Dimensiones aproximadas de referencia:     1. Ancho: 50- 60 cm.     2. Largo: 60 - 70 cm.     3. Altura: 80- 90 cm. |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **10** | **62704200** | **CARRO DE CURACIONES** | **18** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Estructura de perfil tubular redondo de acero inoxidable, calibre No. 18 en postes verticales de 25.4 mm (1”) de diámetro, y perfil tubular redondo del mismo material en travesaños horizontales de 12.7 mm (½”) de diámetro. 2. Cubierta de acero inoxidable de calibre No. 20 unida al bastidor, tipo bandeja con reborde de al menos 1 ½” de alto. 3. Entrepaño de acero inoxidable de calibre No. 20 unida a la estructura, tipo bandeja con reborde de al menos 1 ½” de alto. 4. Con porta bandeja y porta cubeta fabricadas de acero inoxidable acabado pulido. 5. En bandeja deberá existir 2 soportes, en cada extremo, fabricado el lámina de acero inoxidable con aberturas para al menos dos botes de 10 cm de diámetro. 6. Rodamiento tipo semipesado, rueda de hule natural de al menos 101.0 mm (4”) de diámetro por huella de 25.4 mm (1”). 7. Las ruedas contendrán rodamientos de bolas con guardapolvo de lámina de acero acabado cromado. 8. Fabricado en acero inoxidable grado 304 o mejor según norma AISI o equivalente. 9. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 10. Dimensiones aproximadas de referencia:     1. Ancho: 50- 60 cm.     2. Largo: 60 - 70 cm.     3. Altura: 80- 90 cm. 11. Una (1) Bandeja de acero inoxidable con capacidad mínima de 2 litros. 12. Una (1) Cubeta de acero inoxidable con capacidad mínima de 3 galones 13. Cuatro (4) botes torunderos de acero inoxidable de 10 cm de diámetro x 18 cm de alto | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **11** | **62704240** | **CARRO PARA TRANSPORTE DE ROPA LIMPIA** | **23** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| 1. Estructura base, entrepaños, laterales y lado posterior fabricados en aluminio o de lámina de acero, calibre No. 18, acabado en pintura epoxi color blanco o beige . 2. Barra de empuje en ambos lados del carro fabricados en aluminio o lámina de acero cromado o pintado con acabado epoxi. 3. Rodamiento tipo semipesado, con rueda de hule natural de al menos 101.0 mm (4”) de diámetro por huella de 25.4 mm (1”). Dos ruedas del mismo lado serán fijas y dos serán móviles. Frenos en las móviles. 4. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho: 55 - 65 cm.    2. Largo: 95 - 105 cm.    3. Altura: 110 - 120 cm. 5. Con capacidad para soportar un peso de 250 libras. |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **12** | **62704290** | **CARRO PARA TRANSPORTE DE ROPA SUCIA** | **23** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| 1. Estructura tubular redonda, de acero, de 2.54 mm (1”) de diámetro, pintado al horno color gris. 2. Rodos de al menos 50.8 mm (2”) de diámetro, dos fijas y dos giratorias, de doble huella. 3. Bolsa de lona calibre 12 Mils; color a definir por el administrador de contrato, con 4 ojales metálicos remachados distribuidos uniformemente en el perímetro. 4. Logo pintado en blanco, se pintará en sitio cuando se realice la entrega final. 5. Dimensiones aproximadas:    1. Alto 120 cm (+/- 10 %)    2. Diámetro 71 cm (+/- 10 %) 6. Con capacidad para soportar un peso de 300 libras. |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **13** | **62704261** | **CARRO DE TRANSPORTE DE INSTRUMENTAL ESTÉRIL, PEQUEÑO** | **4** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Estructura, entrepaño, puertas y refuerzos fabricados en acero inoxidable calibre 18, tipo AISI 304, acabado pulido. 2. Marco superior con barras de empuje incorporadas al marco, todo fabricado en tubo de acero inoxidable de 2.54 cm (1”) de diámetro acabado pulido. 3. Marco inferior fabricado en tubo de acero inoxidable de 2.54 cm (1”) de diámetro acabado pulido con protectores ahulados en el perímetro. 4. Ruedas de hule semipesado de al menos 10.1 cm (4”) de diámetro y 2.54 cm (1”), con rodamientos sellados. Dos ruedas fijas y dos móviles. 5. Puertas corredizas con seguro. 6. Bandeja superior fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304 de 10 cm de alto. 7. Dimensiones:    1. Largo total incluyendo manerales: 150-160 cm    2. Alto total incluyendo rodamientos y bandeja: 110-120 cm    3. Ancho: 70-80 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA**  Carro para material de esterilización - Todos los fabricantes de  dispositivos médicos | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **14** | **62704280** | **CARRO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS** | **5** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Carro para transporte y preparación de medicamentos. 2. Estructura, entrepaño, gavetas y refuerzos fabricados en acero inoxidable calibre 18, tipo AISI 304, acabado pulido. 3. Dos gavetas de 12 cm de altura ya sea en horizontal o vertical para guarda de insumos. 4. Un (1) entrepaño con reborde tipo palangana o arillo perimetral fabricado en acero inoxidable de 6.3 mm (¼”). 5. Aros de soporte para 2 recipientes y bote de desechos bioinfecciosos en los extremos del carro. 6. Un (1) atril de acero inoxidable para preparación de sueros con al menos 2 ganchos. 7. Ruedas de hule semipesado de al menos 7.62 cm (3”) de diámetro. Dos (2) con freno 8. Con soportes para colocación de vasos de 4-5 cm de diámetro. 9. Dimensiones aproximadas:    1. Largo: 70-80 cm    2. Alto: 90-100 cm    3. Ancho: 40-50 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **15** | **62704220** | **CARRO PARA TRANSPORTE DE EXPEDIENTES** | **7** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Carro para transporte de expedientes. 2. Estructura de perfil tubular redondo de aluminio, calibre No. 18 de 25.4 mm (1”) de diámetro, y perfil tubular redondo del mismo material en travesaños horizontales de 12.7 mm. (½”) de diámetro, acabado cromado. 3. Ruedas de hule semipesado de al menos 50.8 mm (2”) de diámetro. 4. Para transportar 12 expedientes metálicos. 5. Dimensiones aproximadas:    1. Largo: 60-65 cm    2. Ancho: 30-35 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

**LOTE 3 BANCOS, SILLAS Y SILLONES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **16** | **62704025** | **BANCO GIRATORIO AJUSTABLE DE ACERO INOXIDABLE** | **11** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Banco giratorio de acero inoxidable 2. Con descansa pies tubular de acero inoxidable soldado a la estructura. 3. Con mecanismo de altura ajustable a base de tornillo sin fin o elevación mecánica entre 50 a 65 cm ±5 cm 4. Al menos 5 rodos giratorios, de fácil maniobrabilidad y silenciosos. 5. Estructura tubular central de 20mm (¾”) 6. Capacidad de carga mínima: 440 lb (200 kg) 7. Dimensiones:    1. Diámetro del asiento: 40 cm    2. Diámetro de los rodos: 5-8 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **17** | **62704027** | **BANCO GIRATORIO AJUSTABLE DE ACERO INOXIDABLE DE CUATRO APOYOS** | **22** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Banco giratorio de acero inoxidable 2. Con descansa pies tubular de acero inoxidable soldado a la estructura. 3. Con mecanismo de altura ajustable a base de tornillo sin fin o elevación mecánica entre 50 a 65 cm ±5 cm 4. Al menos 4 rodos giratorios, de fácil maniobrabilidad y silenciosos. 5. Estructura tubular central de 20mm (¾”) 6. Capacidad de carga mínima: 440 lb (200 kg) 7. Dimensiones:    1. Diámetro del asiento: 40 cm    2. Diámetro de los rodos: 5-8 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **18** | **62704490** | **SILLA DE RUEDAS, TIPO MANUAL PARA TRASLADO DE PACIENTE ADULTO** | **12** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Silla de ruedas plegable para trasladar pacientes adultos 2. Descansa brazos desmontables y acolchonados. 3. Puños de empuje ahulados incorporados a la estructura. 4. Con palanca de freno para las ruedas traseras. 5. Descansa pies abatibles, con opción para ajustar la altura. 6. Eleva piernas acolchados. 7. Asiento y respaldo flexible y adaptable a diferentes pacientes. 8. Con soporte para atril porta suero incorporado a la parte trasera de la silla. 9. Ruedas delanteras: giratorias, macizas, anti pelusa. 10. Ruedas traseras: fijas laterales, macizas, con aros de empuje anatómicos paralelos que sirva para que el paciente movilice la silla. 11. Estructura metálica de acero cromado, capaz de soportar la carga mínima requerida, de fácil limpieza, anticorrosiva y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. 12. La tapicería deber ser en un material resistente al enmohecimiento y retardante a la llama. 13. Capacidad de carga mínima: 440 lb (200 kg). 14. Dimensiones aproximadas de referencia:     1. Ancho de silla: 40-50 cm.     2. Largo de silla: 40-50 cm.     3. Diámetro aproximado de rueda giratoria delantera: 20 cm.     4. Diámetro aproximado de rueda fija trasera: 60 cm.   Accesorios a incluir   1. Atril porta suero tipo telescópico. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **19** | **62704500** | **SILLA DE RUEDAS, TIPO MANUAL PARA TRASLADO DE PACIENTE PEDIATRICO** | **2** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Silla de ruedas plegable para trasladar paciente pediátrico. 2. Descansa brazos desmontables y acolchonados. 3. Puños de empuje ahulados incorporados a la estructura. 4. Con palanca de freno para las ruedas traseras. 5. Descansa pies abatibles, con opción para ajustar la altura. 6. Eleva piernas acolchados. 7. Asiento y respaldo flexible y adaptable a diferentes pacientes. 8. Con soporte para atril porta suero incorporado a la parte trasera de la silla. 9. Ruedas delanteras: giratorias, macizas, anti pelusa. 10. Ruedas traseras: fijas laterales, macizas. 11. Ruedas traseras con aros de empuje anatómicos paralelos que sirva para que el paciente movilice la silla. 12. Estructura metálica de acero cromado, capaz de soportar la carga mínima requerida, de fácil limpieza, anticorrosiva y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. 13. La tapicería deber ser en un material resistente al enmohecimiento y retardante a la llama. 14. Material de construcción de la silla debe permitir la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario para su limpieza. Indicar recomendación de producto recomendado a utilizar para este procedimiento. 15. Capacidad de carga mínima: 165 lb (75 kg) 16. Dimensiones aproximadas de referencia:     1. Ancho de silla: 40-50 cm.     2. Largo de silla: 40-50 cm.     3. Diámetro aproximado de rueda giratoria delantera: 20 cm.     4. Diámetro aproximado de rueda fija trasera: 60 cm.   Accesorios a incluir   1. Atril porta suero tipo telescópico. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **20** | **60303045** | **SILLA PARA BAÑAR PACIENTE** | **5** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Silla para baño de paciente adulto 2. Fabricada en estructura tubular de aluminio de 25.4 mm (1”). 3. Con descansa pies. 4. Cuatro (4) rodos giratorios, de fácil maniobrabilidad y silenciosos. Traseros con freno 5. Asiento fabricado en plástico ABS u otro material resistente a la carga solicitada. 6. Respaldo fabricado en lona o en plástico ABS, ignífugo, lavable y resistente a desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. 7. Capacidad de carga mínima: 242 lb (110 kg) 8. Dimensiones:    1. Tamaño del asiento: 40-50 cm    2. Diámetro de los rodos: 101 mm (4”) | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **21** | **62704625** | **SILLÓN PARA TOMA DE MUESTRAS** | **2** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| 1. Sillón ergonómico para toma de muestras de sangre de pacientes ambulatorios. 2. Fabricada en estructura tubular de acero pintado y secado al horno 25.4 mm (1”). 3. Asiento y respaldo de espuma de poliuretano, forrado de vinilo lavable u otro material de mejor calidad, resistente al fuego. 4. Con apoya brazos ajustables para la posición óptima de venipuntura. 5. Con superficie plana del apoya brazo y acolchonada. 6. Con cajones laterales para almacenar materiales. 7. Capacidad de carga mínima: 440 lb (200 kg) 8. Dimensiones aproximadas:    1. Tamaño del asiento de 50-60 cm    2. Altura del asiento 45-55 cm    3. Altura del respaldo 40-50 cm |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **22** | **62502210** | **SILLÓN** | **1** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Sillón ergonómico para entrevista de psicología 2. Estructura fabricada en acero rolada en frío, calibre 18, acabado anticorrosivo. 3. Base de aglomerado de madera de ¾”. 4. Colchón de espuma de poliuretano de 10 cm de espesor. 5. Forro de vinil color café, acabado liso, resistente a desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. 6. Regatones de hule en las cuatro esquinas. 7. Capacidad de carga mínima: 440 lb (200 kg) 8. Accesorio incluido:    1. Un (1) cojín fabricado en el mismo material con dimensiones de 50 cm de ancho x 60 de largo x 12 cm de espesor. 9. Dimensiones aproximadas    1. Largo: 180-200 cm    2. Alto: 60-70 cm    3. Ancho: 65-75 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **23** | **62704626** | **SILLÓN PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE** | **2** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Sillón de tres posiciones para realizar extracción de forma confortable: Sentado, reclinado y posición con pies levantados. 2. Estructura fabricada en acero rolado en frío, tubular redonda o cuadrada de 25.4 mm (1”) y pintado anticorrosivo o pintura epoxi al horno. 3. Con apoya brazos ajustables para la posición óptima de venipuntura. 4. Rodos anti pelusa, de 101 mm (4”) mínimo, frenos en al menos dos. 5. Colchón de espuma de poliuretano de 10 cm de espesor (mínimo). 6. Forro de vinil color azul, acabado liso, resistente a desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. 7. Capacidad de carga mínima: 440 lb (200 kg) 8. Dimensiones mínimas:    1. Tamaño del asiento: 45-60 cm    2. Altura del asiento: 45-55 cm    3. Altura del respaldo: 60-70 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **24** | **62502200** | **SILLÓN ACOJINADO RECLINABLE** | **6** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Sillón acojinado para extracción de leche materna. 2. Construido de material hipoalergénico 3. Estructura fabricada en acero rolado en frío, tubular redonda o cuadrada de 25.4 mm (1”) y pintado anticorrosivo o pintura epoxi al horno. 4. Base de aglomerado de madera de ½” o ¾”. 5. Colchón de espuma de poliuretano. 6. Forro de vinil color beige o gris claro, acabado liso, resistente a desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. 7. Capacidad de carga mínima: 440 lb (200 kg) 8. Dimensiones mínimas:    1. Tamaño del asiento: 45-60 cm    2. Altura del asiento: 45-55 cm    3. Altura del respaldo: 40-60 cm | |  |  |
| ACCESORIOS A INCLUIR | |  |  |
| 1. Dos (2) cojines cuadrados del mismo material del sillón, medidas aproximadas de 40 x 40 cm 2. Un (1) cojín adicional tipo media luna o media dona del mismo material del sillón, construido de material hipoalergénico. 3. Un (1) banco tipo taburete u otomano para apoyo de piernas. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

**LOTE 4 MOBILIARIO CLÍNICO GENERAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **25** | **60302075** | **BÁSCULA ADULTO CON TALLÍMETRO** | **11** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| 1. Fabricada en acero pintado con acabado tipo esmalte o pintura al horno y base tratada con antioxidante 2. Fabricado bajo normas ISO 9000, CE, FDA o mejor. Presentar certificados de cumplimiento vigentes 3. Lectura en kilogramos y libras. 4. Que se puedan visualizar a ambos lados del brazo basculante. 5. Con tallímetro graduado en pulgadas y centímetros. 6. Con capacidad de soportar 400 libras u 180 Kilogramos de peso. 7. Con resolución mínima de 400 libras x 4 onzas y 180 kg X 100 g 8. Con altura del tallímetro de 76cm a 198cm (+/- 10%). 9. Con plataforma antideslizante. 10. Preferentemente con rodos para fácil transporte. 11. Material de construcción de la báscula debe permitir la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario para su limpieza. (amonio cuaternario, solución acuosa más clorhexidina). |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **26** | **62704065** | **BIOMBO DE 3 CUERPOS, BASE DE HIERRO Y LONA DE VINYL** | **19** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Fabricado en estructura tubular de ¾”-1” de aluminio 2. Vinil color beige o azul, resistente a desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. 3. Bisagras de aluminio o mejor material 4. Seis (6) Rodos de 2-3”, ver imagen de referencia. 5. Dimensiones aproximadas:    1. Alto 165-180 cm desde el piso.    2. Ancho de cada panel: 60-80 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **27** | **30503179** | **CONTENEDOR DE POLIPROPILENO PARA TRANSPORTE DE MUESTRAS, CAPACIDAD 40 TUBOS, INCLUYENDO ALMOHADILLA ABSORBENTE DE (9 -16) MILIMETROS, GRADILLA DE (11-17) MILIMETROS Y MALENTIN ISOTERMICO DE MATERIAL AISLANTE Y REFRIGERANTE, MANTIENE TEMPERATURA DE 8 GRADOS CENTIGRADOS, AUTOCLAVABLE.** | **2** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  | **FOLIO** |
| 1. Contenedor para transporte de muestras. 2. Contenedor de polipropileno para transporte de muestras 3. Capacidad 40 tubos. 4. Incluir almohadilla absorbente de 9-16 mm de espesor. 5. Gradilla para tubos de ensayo de 11-17 mm. 6. Maletín isotérmico de material aislante y refrigerante para mantener temperatura de 8 °C 7. Autoclavable. 8. Debe cumplir con al menos:    1. Directiva 90/679/CEE del Consejo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo    2. UNI EN 829/98 (ensayo de caída) | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **29** | **62704319** | **GRADILLA DE UN PELDAÑO ANTIDESLIZANTE** | **82** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Gradilla de un peldaño con cubierta de tapiz ahulado antideslizante. 2. Fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304 o equivalente con perfil tubular de 1” 3. Con sistema antideslizante en cada pata 4. Soporte mínimo de peso de 150 kg. 5. Dimensiones aproximadas: (± 2cm)    1. Alto 20-25 cm    2. Ancho 35 cm (+/- 10%).    3. Profundidad 40 cm (+/- 10%). | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **30** | **62704320** | **GRADILLAS DE DOS PELDAÑOS ANTIDESLIZANTES** | **123** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Gradilla de dos peldaños con cubierta de tapiz ahulado antideslizante. 2. Fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304 o equivalente con perfil tubular de 1” 3. Con sistema antideslizante en cada pata 4. Soporte mínimo de peso de 150 kg. 5. Dimensiones aproximadas: (± 2cm)    1. Alto 40-45 cm    2. Ancho 35 cm (+/- 10%).    3. Profundidad 40 cm (+/- 10%). | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **31** | **62704322** | **GRADILLAS DE TRES PELDAÑOS ANTIDESLIZANTES** | **21** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |  |
| 1. Gradilla de tres peldaños con cubierta de tapiz ahulado antideslizante. 2. Fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304 o equivalente con perfil tubular de 1” 3. Con sistema antideslizante en cada pata 4. Soporte mínimo de peso de 150 kg. 5. Dimensiones aproximadas: (± 2cm)    1. Alto 65-75 cm    2. Ancho 35 cm (+/- 10%).    3. Profundidad 40 cm (+/- 10%). |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **32** | **80902315** | **HIELERA MULTIUSOS CON CIERRE HERMETICO Y HALADERAS LATERALES, CAPACIDAD DE 48 QT** | **4** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Hielera plástica (polietileno) 2. Capacidad de 48 cuartos/45 litros aproximadamente. 3. Con haladeras laterales y rodos 4. Fabricada de polietileno en tapa y cuerpo. 5. Resistente fugas. 6. Con 5 pingüinos cada una 7. Con válvula de drenaje en la parte inferior 8. Material de construcción de la hielera debe permitir la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario para su limpieza. (amonio cuaternario, solución acuosa más clorhexidina). 9. Dimensiones aproximadas:    1. Largo: 63-65 cm    2. Alto: 37-40 cm    3. Ancho: 34-36 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **33** | **80513315** | **INFANTÓMETRO** | **1** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Dispositivo portátil para medir talla de bebés de hasta 2 años. 2. Fabricado en plástico ABS o polietileno libre de látex. 3. Medición desde 30-33 cm hasta 99-101 cm 4. Peso menor a 10 lb (+/- 10%). | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **34** | **62704440** | **PORTA SUERO CON RODOS (ATRIL DOBLE) DE CUATRO GANCHOS** | **210** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Pedestal de acero inoxidable. 2. Cuatro ganchos 3. 4 -5 Rodos de 2” de diámetro. 4. Altura ajustable entre 120 a 200 cm ± 5cm 5. Perfil tubular de 1” 6. Fabricado en acero inoxidable grado AISI 304 acabado pulido 7. Material de construcción del porta suero debe permitir la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario para su limpieza. (amonio cuaternario, solución acuosa más clorhexidina). | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **35** | **60605053** | **RECIPIENTE PLÁSTICO PARA DESECHOS PELIGROSOS** | **35** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Basurero plástico de pedal de color rojo con logo de desechos biológicos 2. Capacidad 20 litros 3. Con pedal resistente 4. Diámetro aproximado 25 a 30 cm 5. Altura aproximada 40 a 50 cm 6. Plástico resistente, libre de Bisfenol A (BPA) | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **36** | **60605054** | **RECIPIENTE RÍGIDO PARA PUNZOCORTANTES** | **25** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Basurero plástico de color rojo con logo de desechos biológicos para desechos punzocortantes. 2. Capacidad 10 litros (+/- 10%). 3. Plástico resistente, libre de Bisfenol A (BPA) 4. Reusable | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **37** | **80513310** | **TALLÍMETRO PLEGABLE PORTÁTIL** | **8** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Tallímetro plegable. 2. Rango de medición aproximada de 20 a 205 cm 3. División de 1mm 4. Peso menor a 10 libras (+/- 10%). 5. Indicador de altura a los laterales 6. Fabricado en plástico ABS o de mejor calidad 7. Material de construcción del tallímetro debe permitir la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario para su limpieza. (amonio cuaternario, solución acuosa más clorhexidina). | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

**LOTE 5 MESAS DE USO CLÍNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **38** | **62704334** | **MESA AUXILIAR PARA TRASLADO DE MUESTRAS** | **2** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  | |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  | |  |
| 1. Estructura de perfil tubular redondo de acero, calibre No. 18 en postes verticales de 25.4 mm (1”) de diámetro, y perfil tubular redondo del mismo material en travesaños horizontales de 12.7 mm. (½”) de diámetro, acabado cromado. 2. Dos (2) Estantes fabricados en acero inoxidable con reborde de alambrón de acero inoxidable de ¼” en los cuatro lados. 3. Estante central con posibilidad de ajuste de altura. 4. Asa de empuje. 5. Rodamiento comercial tipo semipesado, rueda de hule natural de al menos 101.0 mm. (4”) de diámetro por huella de 25.4 mm (1”). 6. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho: 50- 60 cm.    2. Largo: 60 - 70 cm.    3. Altura: 80- 90 cm. | |  | |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA**  MESA AUXILIAR TAPA EN A/INOX – Servielectromedica | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **39** | **62704330** | **MESA AUXILIAR HOSPITALARIA PARA USO DIVERSOS, MEDIANA** | **26** |

| **MOBILIARIO ESPECIALIZADO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Mesa auxiliar hospitalaria con barras de empuje. 2. Construida completamente de acero inoxidable, tipo AISI 304 o 316L o equivalente. 3. Cubierta unida al bastidor 4. Con dos (2) entrepaños. 5. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 6. Rodamiento comercial tipo semipesado, rueda de hule natural de al menos 101.0 mm (4”) de diámetro por huella de 25.4 mm (1”). 7. Frenos en al menos dos ruedas. 8. Debe contar con guarda alrededor de todo el carro tanto en el sobre como el entrepaño de 5 cm de alto mínimo. 9. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho: 50- 60 cm.    2. Largo: 60 - 70 cm.    3. Altura: 80- 90 cm. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **40** | **62501200** | **MESA DE NOCHE** | **160** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Mesa de noche para ubicar pertenencias de pacientes en hospitalización y recuperación. 2. Estructura en acero de alta resistencia. 3. Tapa superior fabricada en melamina color café. 4. Con una gaveta superior de 12 a 15 cm de alto. 5. Con una puerta y un entrepaño mínimo en la parte inferior con cerradura tipo vaivén o magnética. 6. Haladeras en lámina pintada o haladeras de un solo cuerpo fabricadas en latón acabado cromado. 7. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 8. Pintura en polvo epoxi poliéster de aplicación electrostática. 9. Dimensiones ±5 cm:    1. Largo 40 cm.    2. Ancho 48 cm.    3. Alto 75 cm. 10. Capacidad de Carga: 30 kg | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **41** | **62704350** | **MESA MAYO, PARA INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO** | **11** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Fabricada completamente en acero inoxidable grado hospitalario 304 o 316 2. Estructura tubular redonda o cuadrada 3. Con columna deslizable telescópica con regulación de altura ya sea por medio de tornillo de nylon o freno por medio de pedal neumático 4. Forma de “T” 5. Bandeja desmontable con soporte en la parte superior 6. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 7. Ruedas de nylon de al menos 5 cm de diámetro. 8. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho: 30-35 cm.    2. Largo: 50-60 cm.    3. Altura: ajustable entre 70-80 y 130-140 cm. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **42** | **62704340** | **MESA MEDIA LUNA PARA USO EN QUIRÓFANO** | **11** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Fabricada completamente en acero inoxidable grado hospitalario 304 o 316L 2. Estructura tubular redonda o cuadrada 3. Cubierta de acero inoxidable, calibre No. 20 unida al bastidor. 4. Barandas laterales de alambrón de acero inoxidable de sección circular con 7.0 mm (¼”) de diámetro acabado pulido, altura 10 cm 5. Con un (1) Entrepaño a 30 cm del suelo 6. 6 Ruedas de nylon de al menos 5 cm de diámetro. 7. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 8. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho: 30-40 cm.    2. Largo: 130-150 cm.    3. Altura: 80-90 cm hasta la mesada | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **43** | **62704370** | **MESA PARA TRABAJOS DIVERSOS GRANDE, DE ACERO INOXIDABLE, CON RODOS Y ENTREPAÑOS** | **14** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Fabricada completamente en acero inoxidable grado hospitalario 304 o 316L 2. Estructura tubular redonda o cuadrada 3. Cubierta de acero inoxidable, calibre No. 20 unida al bastidor. 4. Con un (1) Entrepaño 5. Rodamiento comercial tipo semipesado, rueda de hule natural de al menos 101.0 mm. (4”) de diámetro por huella de 25.4 mm (1”), dos con freno. 6. Bordes sin filo 7. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 8. Dimensiones aproximadas ±5 cm:    1. Altura: 90-100 cm    2. Largo: 180-190 cm    3. Ancho: 70-80 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **44** | **62704360** | **MESA PUENTE** | **180** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Estructura en acero, perfil tubular cuadrado o redondo de al menos 1”. 2. Con columna deslizable telescópica de accionamiento neumático con regulación de altura. 3. Tapa superior fabricada en melamina color café de al menos ¾” con tapacantos (no pintado). 4. Ruedas de nylon de al menos 5 cm de diámetro. 5. Las soldaduras deben de ser corridas y no se permitirán punteadas. 6. Dimensiones aproximadas de referencia:    1. Ancho: 40-45 cm.    2. Largo: 80-90 cm.    3. Altura: ajustable entre 80-90 y 120-130 cm. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

**LOTE 6 ARMARIOS Y ANAQUELES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **45** | **62504265** | **ANAQUEL METÁLICO CON PUERTA DE VIDRIO Y CHAPA DE SEGURIDAD DE CINCO ENTREPAÑOS REGULABLES** | **57** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Anaquel fabricado en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR). 2. Dos puertas metálicas, chapa de seguridad, abisagradas fabricadas en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR) con vidrio de 3-5 mm 3. Base, tapa y laterales fabricados en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR). 4. Auto soportado al piso con faldón del mismo material. 5. Conjunto nivelable 6. Con al menos 5 entrepaños de altura ajustable fabricados en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR) 7. Capacidad de carga mínima del entrepaño: 130 lb (60 kg) 8. Con chapa de seguridad. 9. Estructura reforzada para evitar la flexión. 10. Ninguna parte del mueble deberá presentar bordes con filo. 11. Pintura anticorrosiva color blanco, tipo epoxi acabado al horno, de fácil limpieza, anticorrosivo y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. 12. Dimensiones aproximadas de referencia:     1. Profundo: 45-50 cm.     2. Largo: 100-110 cm.     3. Altura: 170-180 cm. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **46** | **62504250** | **ANAQUEL METÁLICO CON PUERTAS METÁLICAS Y CHAPA DE SEGURIDAD** | **2** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Anaquel fabricado en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR). 2. Base, tapa y laterales fabricados en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR). 3. Auto soportado al piso con faldón del mismo material. 4. Conjunto nivelable 5. Dos puertas metálicas abisagradas fabricadas en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR) 6. Con al menos 5 entrepaño de altura ajustable fabricados en lámina de acero calibre 22, rolado en frío (CR) 7. Capacidad de carga mínima del entrepaño: 130 lb (60 kg) 8. Con chapa de seguridad. 9. Estructura reforzada para evitar la flexión. 10. Ninguna parte del mueble deberá presentar bordes con filo. 11. Pintura anticorrosiva color beige, tipo epoxi acabado al horno, de fácil limpieza, anticorrosivo y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. 12. Dimensiones aproximadas de referencia:     1. Profundo: 50-60 cm.     2. Largo: 100-110 cm.     3. Altura: 170-180 cm. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **47** | **62504115** | **ARMARIO DE ACERO INOXIDABLE DE DOS CUERPOS** | **5** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Anaquel fabricado en lámina de acero inoxidable calibre 18. 2. Base, tapa y laterales de acero inoxidable calibre 18. 3. Auto soportado al piso con faldón del mismo material. 4. Conjunto nivelable 5. Dos puertas metálicas abisagradas fabricadas en lámina de acero inoxidable calibre 18 por cada cuerpo. 6. Con al menos 5 entrepaño de altura ajustable de acero inoxidable calibre 18 7. Capacidad de carga mínima del entrepaño: 130 lb (60 kg) 8. Con chapa de seguridad. 9. Estructura reforzada para evitar la flexión. 10. Ninguna parte del mueble deberá presentar bordes con filo. 11. Dimensiones aproximadas de referencia:     1. Profundo: 50-60 cm.     2. Largo: 100-110 cm, cada cuerpo, total: 200-220 cm     3. Altura: 170-180 cm. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **48** | **62704010** | **ANAQUEL GUARDACOMODOS** | **10** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Soporte de cómodos fabricado en alambrón de acero inoxidable 304 de 6 mm (1/4") de diámetro, acabado pulido. 2. Estructura intermedia fabricado en alambrón de acero inoxidable 304 de 9 mm (3/4) de diámetro, acabado pulido 3. Marco de soporte para instalación en pared perfil tubular de acero inoxidable calibre no. 18 de 25 x 25 mm. (1" x 1") acabado pulido 4. Charola de lámina de acero inoxidable fabricado en calibre 20 y perfil de 1”x1" en calibre 18 de acero inoxidable tipo AISI 304 5. Capacidad para 14 cómodos. 6. Medidas aproximadas:    1. Largo: 185-190 cm    2. Profundo: 32-34 cm    3. Alto: 55-58 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **49** | **62504125** | **ESTANTE DE ACERO INOXIDABLE DE UN CUERPO CON CUATRO ENTREPAÑOS** | **50** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | |  |  |
| 1. Estante fabricado en acero inoxidable tipo AISI 304 o 316L. 2. Estructura de perfil tubular redonda o estilo “DEXION” con ángulos perforados de 1 ¼” x 1 ¼” para poder ajustar altura de entrepaños. 3. Cuatro entrepaños fabricado en alambrón de 12.7 mm (1/2”) o pletina de 1” calibre 20 de acero inoxidable tipo AISI 304 o 316L acabado pulido. 4. Capacidad de carga mínima del entrepaño: 150 lb (68 kg) 5. Dimensiones aproximadas:    1. Largo: 185-190 cm    2. Profundo: 40-45 cm    3. Alto: 200-210 cm | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

**LOTE 7 CILINDRO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **28** | **61001090** | **CILINDRO CON OXIGENO (CAPACIDAD 248 LT)** | **10** |

| **MOBILIARIO BÁSICO** | **MARCA: MODELO: PAIS DE ORIGEN:** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | |  |  |
| 1. Cilindro portátil para oxígeno 2. Fabricado en acero o aluminio 3. Color verde 4. Volumen de 248 l (+/- 10%).   Accesorios a incluir   1. Incluir válvula de poste tipo CGA 870 y regulador. 2. Incluir 2 mascarillas reusables completas con conector, vaso humidificador y manguera. 3. Flujómetro de 15 LPM 4. Maleta porta cilindro. 5. Llave para válvula. | |  |  |
| **IMAGEN DE REFERENCIA** | | | |

4. Planos o Diseños

NO APLICA

1. Inspecciones y Pruebas

Las inspecciones para verificar el cumplimiento de especificaciones técnicas y pruebas de funcionamiento de los bienes ofertados serán realizadas en las instalaciones del hospital de Nejapa, lo que deberá ser coordinado previamente con el Administrador del contrato, el oferente adjudicado deberá contar con el Acta de Recepción de los bienes a satisfacción del MINSAL y el Acta de Satisfacción por parte del Administrador del Contrato de las Inspecciones y Pruebas realizadas a los bienes contratados, siguientes:

(a)          Cantidad de artículos

(b)          Cumplimiento de embalaje

(c)          Marca, modelo y país de origen

(d)          Provisión de manuales solicitados

(e)          Defectos externos apreciables (raspaduras, roturas y otros daños físicos evidentes)

(f)           Encendido del equipo.

El MINSAL podrá rechazar un equipo o mobiliario o sus partes que no pasen las inspecciones o pruebas establecidas en este apartado. El oferente tendrá que rectificar o reemplazar los equipos o mobiliarios rechazados o hacer las correcciones necesarias para cumplir con las especificaciones sin ningún costo para el MINSAL. Asimismo, tendrá que repetir las inspecciones y/o pruebas. El oferente no podrá eximirse de las garantías u otras obligaciones en virtud del contrato que se firme entre las partes.

El proveedor deberá colocar con una placa (Calcomanía o sticker) en un lugar visible donde pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen, No. de contrato, vigencia de la garantía y número de contacto.

TERCERA PARTE. Condiciones Contractuales y Formularios del Contrato

Sección IX. Formularios de Contrato

**Índice de Formularios**

[Notificación de Intención de Adjudicación 159](#_Toc85790441)

[Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva 162](#_Toc85790442)

[Carta de Aceptación 164](#_Toc85790443)

[FORMULARIO DE CONTRATO 165](#_Toc85790444)

[Garantía de Cumplimiento 168](#_Toc85790445)

[Garantía/ FIANZA por Anticipo 167](#_Toc85790446)

Notificación de Intención de Adjudicación

***[Esta Notificación de Intención de Adjudicación será enviada a cada Oferente que haya presentado una Oferta.]***

***[Enviar esta Notificación al Representante Autorizado del Oferente nombrado en el Formulario de Información del Oferente]***

A la atención del Representante Autorizado del Oferente

Nombre: *[indicar el nombre del Representante Autorizado]*

Dirección: *[indicar la dirección del Representante Autorizado]*

Dirección de correo electrónico: *[indicar la dirección de correo electrónico del Representante Autorizado]*

***[IMPORTANTE:*** *insertar la fecha en que esta Notificación se transmite a los Oferentes. La Notificación debe enviarse a todos los Oferentes simultáneamente. Esto significa en la misma fecha y lo más cerca posible al mismo tiempo.****]***

**FECHA DE TRANSMISIÓN:** Esta notificación se envía por: *[correo electrónico]* el *[fecha]* (hora local)

**Notificación de Intención de Adjudicación**

**Comprador:** *[insertar el nombre del Comprador]*

**Proyecto:** *[insertar nombre del proyecto]*

**Título del contrato:** *[indicar el nombre del Contrato]*

**País:** *[insertar el país donde se emite la SdO]*

**Número de préstamo:** *[indicar el número de referencia del préstamo / crédito / donación]*

**SdO No:** *[insertar número de referencia SdO del Plan de Adquisiciones]*

Esta Notificación de Intención de Adjudicación (la Notificación) le notifica nuestra decisión de adjudicar el contrato anterior. El Plazo Suspensivo comenzará cuando se envía a los Licitantes la Notificación de Intención de Adjudicación. Durante el Plazo Suspensivo usted puede:

(a) solicitar una sesión informativa en relación con la evaluación de su Oferta, y / o

(b) presentar un reclamo sobre la adquisición en relación con la decisión de adjudicar el contrato.

**1. El Adjudicatario**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | *[ingresar el nombre del Oferente seleccionado]* |
| **Dirección:** | *[ingresar la dirección del Oferente seleccionado]* |
| **Precio del contrato:** | *[ingresar el precio de la Oferta del Oferente seleccionado]* |

**2. Otros Oferentes** ***[****INSTRUCCIONES: ingresar los nombres de todos los Oferentes que presentaron una Oferta. Si se evaluó el precio de la Oferta, incluya el precio evaluado, así como el precio de la Oferta leído en la apertura.****]***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Oferente** | **Precio de la Oferta** | **Precio Evaluado (si aplica)** |
| *[ingrese el nombre]* | *[ingrese el precio de la Oferta]* | *[ingrese el precio evaluado]* |
| *[ingrese el nombre]* | *[ingrese el precio de la Oferta]* | *[ingrese el precio evaluado]* |
| *[ingrese el nombre]* | *[ingrese el precio de la Oferta]* | *[ingrese el precio evaluado]* |
| *[ingrese el nombre]* | *[ingrese el precio de la Oferta]* | *[ingrese el precio evaluado]* |
| *[ingrese el nombre]* | *[ingrese el precio de la Oferta]* | *[ingrese el precio evaluado]* |

**3. Razón por la cual su oferta no tuvo éxito.**

|  |
| --- |
| ***[INSTRUCCIONES:*** *Indique la razón por la cual la Oferta de este Oferente no tuvo éxito. NO incluya: (a) una comparación punto por punto con la Oferta de otro Oferente o (b) información que el Oferente indique como confidencial en su Oferta.****]*** |

**4. Uso de la Mejor Oferta Final o Negociaciones**

|  |
| --- |
| De conformidad con las IAO 37.1 en la evaluación de las Ofertas o de conformidad con la IAO 37.2 en la adjudicación final de este Contrato, se utilizó el método de:  🞎 Mejor Oferta Final  🞎 Negociaciones  🞎 Ninguno de los dos métodos  ***[Suprima si no corresponde]***  El nombre de la Autoridad Independiente de Probidad es**:** *[indicar el nombre de* la Autoridad Independiente de Probidad*]* |

**5. Cómo solicitar una sesión informativa**

|  |
| --- |
| **FECHA LÍMITE: La fecha límite para solicitar una sesión informativa expira a medianoche el *[insertar fecha y hora local].***  Usted puede solicitar una explicación sobre los resultados de la evaluación de su Oferta pero no sobre la evaluación de otras Ofertas o del Adjudicatario. Si decide solicitar una explicación, su solicitud por escrito debe hacerse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de esta Notificación de Intención de Adjudicación.  Proporcione el nombre del contrato, número de referencia, nombre del Oferente, detalles de contacto; y dirija la solicitud de explicación así:  **Atención:** *[indicar el nombre completo de la persona, si procede]*  **Título / posición:** *[insertar título / posición]*  **Agencia:** *[indicar el nombre del Comprador]*  **Dirección de correo electrónico:** *[indicar dirección de correo electrónico]*  Si su solicitud de explicación es recibida dentro del plazo de 3 días hábiles, le proporcionaremos el informe dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud. Si no pudiéramos proporcionar la sesión informativa dentro de este período, el Plazo Suspensivo se extenderá por cinco (5) días hábiles después de la fecha en que se proporcionó la información. Si esto sucede, le notificaremos y confirmaremos la fecha en que finalizará el Plazo Suspensivo extendido.  La explicación puede ser por escrito, por teléfono, videoconferencia o en persona. Le informaremos por escrito de la manera en que se realizará el informe y confirmaremos la fecha y la hora.  Si el plazo para solicitar un informe ha expirado, puede aun así solicitar una explicación. En este caso, proporcionaremos la explicación tan pronto como sea posible, y normalmente no más tarde de quince (15) días hábiles desde la fecha de publicación de la Notificación de Adjudicación del Contrato. |

**6. Cómo presentar una queja**

|  |
| --- |
| **Período: Reclamos relacionados con la adquisición que impugne la decisión de adjudicación deberá presentarse antes de la medianoche, *[insertar fecha y hora local].***  Proporcione el nombre del contrato, número de referencia, nombre del Oferente, detalles de contacto; y dirija la queja relacionada con la adquisición así:  **Atención:** *[indicar el nombre completo de la persona, si procede]*  **Título / posición:** *[insertar título / posición]*  **Agencia:** *[insertar el nombre del Comprador]*  **Dirección de correo electrónico:** *[indicar dirección de correo electrónico]*  En este punto del proceso de adquisición, puede presentar una queja relacionada con la adquisición impugnando la decisión de adjudicar el contrato. No es necesario que haya solicitado o recibido una explicación antes de presentar esta queja. Su queja debe ser presentada dentro del Plazo Suspensivo y recibida por nosotros antes de que finalice el Plazo Suspensivo.  En resumen, hay cuatro requisitos esenciales:  1.Usted debe ser una “parte interesada”. En este caso, significa un Oferente que presentó una Oferta en este proceso de licitación y es el destinatario de una Notificación de Intención de Adjudicación.  2.La reclamación sólo puede impugnar la decisión de adjudicación del contrato.  3.Debe presentar la queja en el plazo indicado anteriormente.  4.Debe presentar la queja de conformidad con el párrafo 2.77 a 2.81 de las Políticas y sus Apéndices 1 y 3. |

**7. Plazo Suspensivo**

|  |
| --- |
| **FECHA LÍMITE: El Plazo Suspensivo termina a medianoche el *[insertar fecha y hora local]***  El Plazo Suspensivo dura diez (10) días hábiles después de la fecha de transmisión de esta Notificación de Intención de Adjudicación.  El Plazo Suspensivo puede extenderse como se indica en la Sección 5 anterior. |

Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

En nombre del Comprador

**Firma:**

**Nombre:**

**Título / cargo:**

**Teléfono:**

**Email:**

Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva

|  |
| --- |
| *INSTRUCCIONES A LOS LICITANTES: SUPRIMIR ESTA CASILLA UNA VEZ QUE SE HA COMPLETADO EL FORMULARIO*  *Este Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva ("Formulario") debe ser completado por el Oferente seleccionado. En caso de una APCA, el Oferente debe enviar un Formulario por separado para cada miembro. La información de titularidad real que se presentará en este Formulario deberá ser la vigente a la fecha de su presentación.*  *Para los propósitos de este Formulario, un Propietario Efectivo de un Oferente es cualquier persona natural que en última instancia posee o controla al Oferente al cumplir una o más de las siguientes condiciones:*  *• poseer directa o indirectamente el 25% o más de las acciones*  *• poseer directa o indirectamente el 25% o más de los derechos de voto*  *• tener directa o indirectamente el derecho de nombrar a la mayoría del consejo de administración u órgano de gobierno equivalente del Oferente* |

**No. SDO:** *[ingrese el número de la solicitud de Ofertas]*

**Solicitud de Ofertas**: *[ingrese la identificación]*

A: **[*ingrese el nombre completo del Comprador*]**

*En respuesta a su solicitud en la Carta de Aceptación fechada [inserte la fecha de la Carta de Aceptación] para proporcionar información adicional sobre la titularidad real: [seleccione una opción según corresponda y elimine las opciones que no son aplicables:]*

(i) por la presente proporcionamos la siguiente información sobre la Propiedad Efectiva

**Detalles de la Propiedad Efectiva**

| Identidad del Propietario Efectivo | Tiene participación directa o indirecta del 25% o más de las acciones  (Sí / No) | Tiene directa o indirectamente el 25% o más de los derechos de voto  (Sí / No) | Tiene directa o indirectamente el derecho a designar a la mayoría del consejo de administración, junta directiva o del órgano de gobierno equivalente del Oferente  (Sí / No) |
| --- | --- | --- | --- |
| *[incluya el nombre completo (apellidos, primer nombre), nacionalidad, país de residencia]* |  |  |  |

***O bien***

(ii) Declaramos que no hay ningún Propietario Efectivo que cumpla una o más de las siguientes condiciones:

* posee directa o indirectamente el 25% o más de las acciones
* posee directa o indirectamente el 25% o más de los derechos de voto
* tiene directa o indirectamente el derecho de nombrar a la mayoría del consejo de administración, junta directiva u órgano de gobierno equivalente del Oferente

***O bien***

(iii) Declaramos que no podemos identificar a ningún Propietario Efectivo que cumpla una o más de las siguientes condiciones: *[*Si *se selecciona esta opción, el Oferente deberá explicar por qué no puede identificar a ningún Propietario Efectivo]:*

* que posea directa o indirectamente el 25% o más de las acciones
* que posea directa o indirectamente el 25% o más de los derechos de voto
* que tenga directa o indirectamente el derecho de designar a la mayoría del consejo de administración, junta directiva u órgano de gobierno equivalente del Oferente

**Nombre del Oferente:** *\*[indique el nombre completo de la persona que firma la Oferta]*

**Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en representación   
del Oferente:** *\*\*[indique el nombre completo de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta]*

**Cargo de la persona que firma la Oferta:** *[indique el cargo completo de la persona que firma la Oferta]*

**Firma de la persona mencionada más arriba:** *[firma de la persona cuyo nombre y cargo se indican más arriba]*

**Fecha de la firma:** *[indique la fecha de la firma]* *[indique el día, el mes y el año]*

Firmado a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\* En el caso de la Oferta presentada por una APCA, especifique el nombre de la APCA como Oferente. En el caso de que el Oferente sea una APCA, cada referencia al "Oferente" en el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva (incluida esta Introducción al mismo) deberá leerse como referida al miembro de la APCA.

\*\* La persona que firme la Oferta tendrá el poder otorgado por el Oferente. El poder se adjuntará a los documentos y formularios de la Oferta.

\*\*\*Queda entendido que cualquier información falsa o equívoca que haya sido provista en relación con este requerimiento pudiere acarrear acciones o sanciones por parte del Banco de acuerdo con sus normas y políticas.

Carta de Aceptación

*[utilice papel con membrete del Comprador]*

*[Fecha]*

Para:*[nombre y dirección del Proveedor]*

Asunto: ***Notificación de la Adjudicación del Contrato n.o:***

Por medio de la presente le hacemos saber que nuestra Agencia ha decidido aceptar su Oferta de fecha ***[indique fecha]*** para la ejecución de ***[indique el nombre del Contrato y el número de identificación, según se indica en las CEC]***, por el Precio del Contrato aceptado de ***[indique el precio del Contrato en números y letras y la moneda]***, con las correcciones y modificaciones realizadas según las Instrucciones a los Oferentes.

Se le solicita que presente (i) la Garantía de Cumplimiento dentro de un plazo de 28 días, de acuerdo con las condiciones del Contrato; para ello, deberá utilizar el formulario de Garantía de Cumplimiento y (ii) la información adicional sobre la Propiedad Efectiva de conformidad con los DDL en referencia a IAO 46.1, dentro de los siguientes 8 (ocho) días hábiles empleando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva, incluidos en la Sección IX, Formularios del Contrato.

Firma de la persona autorizada:

Nombre y cargo del firmante:

Nombre de la Agencia:

FORMULARIO DE CONTRATO

Este contrato se celebra entre , **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***,* mayor de edad, \_\_\_\_\_\_, de este domicilio, portadora de mi Documento Único de Identidad Número –\_\_\_\_\_, con Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, con Número de Identificación Tributaria cero seiscientos catorce – cero diez mil ciento veintidós – cero cero tres – dos, personería que compruebo con la siguiente documentación; y sobre la base de la Donación/ Convenio/ Manual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_los cuales le conceden facultades para firmar Contratos como el presente, y que para los efectos de este Contrato me denominaré ***MINISTERIO DE SALUD***, o simplemente ***EL MINSAL*,** o **EL “CONTRATANTE” o “EL COMPRADOR”,** con domicilio legal en Calle Arce No. 827, San Salvador; y **\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** mayor de edad, \_\_\_\_\_\_\_, del domicilio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_, portador de mi Documento Único de Identidad Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando como \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Sociedad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que puede abreviarse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Tarjeta de Identificación Tributaria Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_*,* y que en lo sucesivo me denominaré **“EL PROVEEDOR”,** calidad que es acreditada mediante: \_\_\_\_\_\_\_\_, por lo que se encuentra facultado para celebrar actos como el presente; que en lo sucesivo del presente instrumento se denominará “**EL PROVEEDOR”**; por lo que en el carácter con que comparecemos convenimos en celebrar el presente Contrato de acuerdo a las siguientes cláusulas:

POR CUANTO el Comprador ha llamado a licitación respecto de ciertos Bienes y Servicios Conexos, a saber, *[indique una breve descripción de los Bienes y Servicios]*, y ha aceptado una Oferta del Proveedor para el suministro de dichos Bienes y Servicios.

El Comprador y el Proveedor acuerdan lo siguiente:

* + - 1. En este contrato las palabras y expresiones tendrán el mismo significado que se les asigne en los respectivos documentos del Contrato a que se refieran.
      2. Los documentos enumerados a continuación forman parte del presente Contrato; dichos documentos deberán leerse e interpretarse como integrantes del mismo. En caso de alguna discrepancia o inconsistencia entre los documentos contractuales y el Contrato, prevalecerá el Contrato

1. la Carta de Aceptación;
2. la Carta de la Oferta (la última del Oferente, si se utilizó el método de Mejor Oferta Final o Negociaciones);
3. El Documento de \_\_\_\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_,
4. las enmiendas n.° \_\_\_\_\_\_\_ (si las hubiera);
5. las Condiciones Especiales del Contrato;
6. las Condiciones Generales del Contrato;
7. los requerimientos técnicos (incluyendo los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos y las Especificaciones Técnicas);
8. las listas completas (incluyendo las Listas de Precios o las últimas del Oferente si se utilizó el método de Mejor Oferta Final o Negociaciones);)
9. La Resolución de Adjudicación No. \_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_\_;
10. cualquier otro documento enumerado en las CGC como parte integrante del Contrato.
    * + 1. PRECIO DEL CONTRATO. El monto total para el pago de los (bienes o servicios) objeto del citado contrato, es por la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (US$ $\_\_\_). La sumatoria de los literales a, b, y c comprende el monto total del Contrato por\_\_\_\_\_\_\_\_ *[indicar el Precio del Contrato en palabras y cifras expresado en la(s) moneda(s) del Contrato]*.
           1. Precio de los Bienes según oferta\_\_\_\_\_\_\_\_ *[indicar el Precio en palabras y cifras expresado en la(s) moneda(s) del Contrato]*
           2. *Precio de los Servicios Conexos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el Precio en palabras y cifras expresado en la(s) moneda(s) del Contrato y]*
           3. *Monto estimado por pago de Aranceles, Impuestos u Otros Gastos de Importación\_\_\_\_\_ [el cual se estimará hasta en un 25% del precio de los Bienes según oferta, indicar en palabras y cifras expresadas en la (s) moneda (s) del Contrato] [****Este literal, se aplicará si el contrato es firmado con una empresa extranjera como reembolso de gastos por mercancía de importación, conforme a la CEC 16.1]***
        2. EL PROVEEDOR se obliga a Suministrar los (Bienes o Servicios) objeto del presente contrato por el plazo de \_\_\_\_\_\_\_ DÍAS CALENDARIO, contados a partir de la distribución del contrato.
        3. ADMINISTRACIÓN DE CONTRATO. La administración y Seguimiento del Contrato, será de conformidad a lo establecido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la cual corresponde a la Unidad Solicitante o a la persona que esta delegue, en este sentido se ha designado a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; como responsable de la Administración del Contrato.
        4. PAGO DEL SUMINISTRO. El pago del Suministro bajo el presente Contrato será cargado a la fuente de financiamiento:
        5. Como contraprestación por los pagos que el Comprador hará al Proveedor conforme a lo estipulado en este Contrato, el Proveedor se compromete a suministrar los Bienes y Servicios al Comprador y a subsanar los defectos de estos en total consonancia con las disposiciones del Contrato.
        6. El Comprador se compromete a pagar al Proveedor, como contraprestación por el suministro de los Bienes y Servicios Conexos y la subsanación de sus defectos, el Precio del Contrato o las sumas que resulten pagaderas de conformidad con lo dispuesto en el Contrato en el plazo y en la forma prescriptos en este.
        7. VIGENCIA. La vigencia de este Contrato será a partir de la distribución del mismo y finalizará treinta (30) días adicionales, después de que la Unidad Solicitante o la persona que esta delegue, hayan firmado el Acta de Recepción de haber recibido los bienes a entera satisfacción del MINSAL.

En fe de lo cual firmamos el presente contrato en la ciudad de San Salvador, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_ de dos mil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

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

**MINISTRO DE SALUD PROVEEDOR**

Garantía/ FIANZA por Anticipo

**Garantía a la Vista**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Nombre del Banco y Dirección de la Sucursal u Oficina Emisora]*

**Beneficiario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[Nombre y Dirección del*  Comprador*]*

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIANZA POR ANTICIPO No.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se nos ha informado que *[indique el nombre del Proveedor, que, en el caso de APCA, será el de la APCA]* (en adelante, el “Solicitante”) ha celebrado el Contrato n.° *[indique número de referencia del Contrato]*, de fecha *[indique fecha]* con el Beneficiario, para el suministro de *[indique nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos]* (en adelante, el “Contrato”).

Además, entendemos que, de conformidad con las condiciones del Contrato, es preciso hacer un pago anticipado por un monto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[monto en cifras]* ( ) *[monto en palabras]* contra una fianza por pago anticipado.

A solicitud del Solicitante, nosotros, en calidad de Garantes, por medio de la presente Garantía nos obligamos irrevocablemente a pagar al Beneficiario una suma (o sumas) que no exceda *[indique la(s) suma(s) en cifras y en letras]* ( )*1* al recibo en nuestras oficinas de la demanda conforme a los requisitos del Beneficiario, respaldada por una declaración del Beneficiario, ya sea en la demanda propiamente dicha o en un documento aparte firmado que acompañe o identifique la demanda, donde conste que el Solicitante:

* + 1. [[1]](#footnote-2)ha utilizado el pago de anticipo para otros fines que los estipulados para la provisión de los Bienes, o
    2. no ha cumplido con el reembolso del pago por anticipo de acuerdo con las condiciones del Contrato, especificando el monto que el Solicitante no ha reembolsado.

En virtud de esta Garantía se podrá presentar un reclamo a partir del momento en que el Garante presente un certificado del banco del Beneficiario en el que se indique que el pago mencionado arriba se ha acreditado en la cuenta número *[indique número]* que el Solicitante mantiene en *[indique el nombre y la dirección del banco del Solicitante].*

Esta garantía vencerá el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_ En consecuencia, cualquier reclamo de pago realizado en virtud de esta garantía deberá recibirse en nuestra oficina a más tardar en la fecha señalada.

Esta garantía está sujeta a las Reglas Uniformes de la Cámara de Comercio Internacional relativas a las garantías contra primera solicitud, revisión de 2010, publicación n.° 758 de la CCI; queda excluida de la presente la declaración de respaldo del inciso (a) del artículo 15 de dichas reglas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
*[firma(s)]*

***Nota:*** *Todo el texto que aparece en letra cursiva (incluidas las notas de pie de página) sirve de guía para preparar este formulario y deberá omitirse en la versión definitiva.*

**Garantía de Cumplimiento**

**Opción 1: (Garantía a la Vista)**

*[El banco, a solicitud del Licitante seleccionado, completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas].*

*[Membrete del Garante o código de identificación SWIFT].*

**Beneficiario:** *[Indique el nombre y la dirección del Comprador].*

**Fecha:** *[Indique la fecha de la emisión].*

**GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO N.°:** *[Indique número de referencia de la Garantía].*

**Garante:** *[Indique el nombre y la dirección del emisor de la garantía, a menos que esté indicado en el membrete].*

Se nos ha informado que *[indique el nombre del Proveedor, que, en el caso de APCA, será el de la APCA]* (en adelante, el “Solicitante”) ha celebrado el Contrato n.°*[indique número de referencia del Contrato]*, de fecha *[indique fecha]*, con el Beneficiario, para el suministro de *[indique nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos]* (en adelante, el “Contrato”).

Además, entendemos que, de acuerdo con las condiciones del Contrato, se requiere una Garantía de Cumplimiento.

A solicitud del Solicitante, nosotros, en calidad de Garantes, por medio de la presente Garantía nos obligamos irrevocablemente a pagar al Beneficiario una suma (o sumas) que no exceda *[indique la(s) suma(s) en cifras y en letras]* ( )1. Dichas sumas se pagarán en los tipos y las proporciones de monedas en las que se debe pagar el Precio del Contrato, cuando recibamos la demanda del Beneficiario, respaldada por la declaración del Beneficiario, ya sea en la misma demanda o en un documento aparte firmado para acompañar o identificar la demanda, en la que se indique que el Solicitante incumplió las obligaciones contraídas en el marco del Contrato, sin necesidad de que el Beneficiario tenga que probar o aducir causa o razón alguna de su demanda o la suma especificada en ella.

[[2]](#footnote-3)Esta garantía vencerá a más tardar el día *[indique el número]* de *[indique el mes]* de *[indique el año]*2, y cualquier reclamación de pago al amparo de ella deberá ser recibida por nosotros en la oficina mencionada arriba a más tardar en esa fecha.

Esta garantía está sujeta a las Reglas Uniformes de la Cámara de Comercio Internacional relativas a las garantías contra primera solicitud, revisión de 2010, publicación n.° 758 de la CCI; queda excluida de la presente la declaración de respaldo del inciso (a) del artículo 15 de dichas reglas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
*[firma(s)]*

***Nota:*** *Todo el texto que aparece en letra cursiva (incluidas las notas de pie de página) sirve de guía para preparar este formulario y deberá omitirse en la versión definitiva.*

**Fianza de Cumplimiento**

**Opción 2: Fianza de Cumplimiento**

Por esta Fianza, *[indique el nombre del obligado principal]*, como Mandante (en adelante, el “Proveedor”), y *[indique el nombre del Garante],* como Garante (en adelante, el “Garante”), se obligan y obligan a sus herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios de manera firme, conjunta y solidaria ante *[indique el nombre del Comprador]* como Obligante (en lo sucesivo, el “Proveedor”) por el monto de *[indique el monto en letras y números]*, cuyo pago deberá realizarse correcta y efectivamente en los tipos y proporciones de monedas en que sea pagadero el Precio del Contrato.

POR CUANTO el Proveedor ha celebrado un Contrato escrito con el Comprador con fecha de de 20 , para *[nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos]*, de conformidad con los documentos, planos, especificaciones y enmiendas respectivas, los cuales, en la medida aquí contemplada, forman parte de la presente fianza a modo de referencia y se denominan en lo sucesivo el Contrato. Esta Garantía tendrá una vigencia de ….. días contados a partir de la distribución del contrato, la cual vencerá a más tardar el …. de …… de …

POR CONSIGUIENTE, la condición de esta obligación es tal que, si el Proveedor cumple oportuna y fielmente con los términos del Contrato mencionado (incluida toda enmienda de la que haya sido objeto), esta obligación carecerá de validez y efecto; de lo contrario, se mantendrá con plena validez y vigencia. Si el Proveedor incumple alguna disposición del Contrato, y el Comprador así lo declara y cumple sus propias obligaciones derivadas del Contrato, el Garante podrá remediar el incumplimiento sin demora o deberá, sin demora, optar por una de las siguientes medidas:

(1) Finalizar el Contrato de conformidad con los términos y condiciones establecidos.

(2) Obtener una o más ofertas de Licitantes calificados para presentarlas al Comprador con miras al cumplimiento del Contrato de conformidad con los términos y condiciones de este, y, una vez que el Comprador y el Garante decidan cuál es el Licitante que presentó la oferta más baja ajustada a las condiciones, arbitrar los medios necesarios para que se celebre un Contrato entre dicho Licitante y el Comprador y facilitar, conforme avance el trabajo (aun cuando exista una situación de incumplimiento o una serie de incumplimientos en el marco del Contrato o los Contratos de terminación concertados con arreglo a este párrafo), fondos suficientes para sufragar el costo de terminación menos el saldo del Precio del Contrato, pero sin exceder, incluidos otros gastos e indemnizaciones que puedan ser responsabilidad del Garante en virtud de esta Fianza, el monto que se señala en el primer párrafo de esta. Por “Saldo del Precio del Contrato”, conforme se usa en este párrafo, se entenderá el importe total que deberá pagar el Comprador al Proveedor en virtud del Contrato, menos el monto que haya pagado debidamente el Comprador al Proveedor.

(3) Pagar al Comprador el monto exigido por este para finalizar el Contrato de conformidad con los términos y condiciones establecidos en él, por un total máximo que no supere el de esta Fianza.

El Garante no será responsable por un monto mayor que el de la penalidad especificada en esta Fianza.

Cualquier acción legal derivada de esta Fianza deberá entablarse antes de transcurrido un año desde la fecha de emisión del Certificado de Recepción.

Esta Fianza no crea ningún derecho de acción o de uso para otras personas o firmas que no sean el Comprador definido en el presente documento, o sus herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios.

En prueba de conformidad, el Proveedor firma y sella la presente Fianza y el Garante estampa su sello debidamente certificado con la firma de su representante legal, a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de de 20\_\_\_\_.

San Salvador, 18 de julio de 2023

**Dra. Bertha Patricia Figueroa de Quinteros**

Coordinadora de la Unidad de Gestión del Programa – PRIDES II

MINISTERIO DE SALUD

1. 1 *El Garante deberá especificar una suma que represente el monto del pago por anticipado que esté denominada ya sea en la(s) moneda(s) del pago por anticipado que se indica(n) en el Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Comprador.* [↑](#footnote-ref-2)
2. *1 El Garante deberá especificar una suma que represente el porcentaje del monto aceptado del Contrato que se detalla en la Carta de Aceptación y que esté denominada ya sea en la(s) moneda(s) del Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Beneficiario.* [↑](#footnote-ref-3)