**SECCIÓN IV**

**FORMULARIOS DE LA OFERTA**

**Formulario 01. Formulario de Información sobre el Oferente**

**Licitación Pública Nacional n.°: LPN-B-3erTD-ISM-11-MINSAL**

***Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS (INCUBADORAS DE TRANSPORTE)”.***

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

De mi consideración:

1. Nombre jurídico del Oferente: *[indicar el nombre jurídico del Oferente].*

2. Si se trata de una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), nombre jurídico y nacionalidad de cada miembro: *[indicar el nombre jurídico y nacionalidad de cada miembro de la APCA, identificando al socio Representante][[1]](#footnote-1)*

3. *[País donde está constituido el Oferente en la actualidad] o [Nombre del País de constitución de cada miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA)]: [indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad]*

4. *[Año de constitución del Oferente] o [año de constitución de cada miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA)]: [indicar el año de constitución]*

5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido: *[indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido]*

6. Información del Representante autorizado del Oferente:

Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado]*

Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado]*

Números de teléfono: *[indicar números de teléfono del representante]*

Dirección de correo electrónico: *[indicar dirección de correo electrónico del representante]*

7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos:

* Estatutos de la Sociedad de la empresa indicada en el párrafo anterior, y de conformidad con las Subcláusulas 4.1 y 4.2 de las IAO.
* Si se trata de una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), carta de intención de formar la APCA, o el Convenio de APCA, de conformidad con la Subcláusula 4.1 de las IAO.

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

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

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

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

**Formulario 02. Formulario de la Oferta**

**Licitación Pública Nacional n.°: LPN-B-3erTD-ISM-11-MINSAL**

**Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS (INCUBADORAS DE TRANSPORTE)”.**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

De mi consideración:

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Hemos examinado y no hallamos objeción alguna al Pliego de Bases y Condiciones de la Licitación, incluso sus Aclaraciones y Enmiendas No. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada boletín de aclaraciones y enmiendas]*;
2. Ofrecemos proveer los siguientes bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos de conformidad con el Pliego de Bases y Condiciones de la Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Bienes *[indicar una descripción breve de los bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos.*
3. El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: US$. **[indique el monto en cifras y en letras]** dólares de los Estados Unidos de América, incluido el valor del IVA.
4. Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

Descuentos. Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables: *[detallar cada descuento ofrecido y el artículo específico en la Lista de Bienes al que aplica el descuento,* *caso contrario detallar NO APLICA]*.

Metodología y Aplicación de los Descuentos. Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *NO APLICA;*

(e) Nuestra Oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la Subcláusula 20.1 de las IAO, a partir de la fecha límite fijada para la Presentación de las Ofertas de conformidad con la Subcláusula 24.1 de las IAO. Esta Oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;

(f) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la Cláusula 44 de las IAO y la Cláusula 17 de las CGC;

(g) Los suscriptos, incluyendo todos los proveedores requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, tenemos nacionalidad de países elegibles.;

 (h) No tenemos conflicto de intereses de conformidad con la Subcláusula 4.2 de las IAO;

(i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas y proveedores requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, no han sido declarados inelegibles por el Banco o normativas oficiales, de conformidad con la Subcláusula 4.3 de las IAO;

(j) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta licitación o ejecución del Contrato: *[indicar 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]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Receptor | Dirección | Concepto | Monto |
|  |  |  |  |

*[Si no han sido pagadas o no serán pagadas, indicar “ninguna”]*

(k) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el Contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.

* 1. Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la **oferta considerada como la más ventajosa]** ni ninguna otra oferta que reciban.
	2. Nos abstendremos de adoptar conductas para que los funcionarios del Contratante, induzcan o alteren los resultados del procedimiento, de la evaluación de las Ofertas u otros aspectos que nos otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.
	3. manifestamos bajo declaración jurada que no nos encontramos en los supuestos de las Cláusula 4 de las IAO.

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

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

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

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

**Formulario 03. Formularios de Listas de Precios**

***Licitación Pública Nacional n.°: LPN-B-3erTD-ISM-11-MINSAL***

***Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS (INCUBADORAS DE TRANSPORTE)”.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD***(a)* | **PRECIO UNITARIO(IVA INCLUIDO) (b)** | **PRECIO TOTAL****(IVA INCLUIDO)***(c)* |
| 1 | INCUBADORAS DE TRANSPORTE CON VENTILADOR |  C/U | 1 |  | *c=a\*b* |
| SERVICIOS CONEXOS |  |  |  |  |
| CAPACITACIÓNPARA PERSONAL USUARIOPARA PERSONAL DE MANTENIMIENTO | C/U  | 2 |  |  |
|  |  |  |  | **TOTAL** |  |

*El precio ofertado esta expresado en Dólares de los Estados Unidos de América. Incluye todos los costos directos e indirectos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y cualquier costo por otro concepto que pueda tener incidencia sobre el valor de los bienes.*

*[El precio ofertado deberá ser consignado únicamente con dos decimales]*

*Impuestos: El precio arriba expresado incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que recaiga o pueda recaer sobre el bien a proveer o la actividad del proveedor, incluyendo el IVA*

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

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

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

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

**Formulario 04. Lista de bienes, origen y especificaciones técnicas solicitadas**

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

**ITEM 1: INCUBADORA DE TRANSPORTE CON VENTILADOR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** |  | **ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS** |  |  | **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS** |
| **No.** | **CÓDIGO DELPRODUCTO** | **DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL SUMINISTRO CON SUS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**  | **U/M** | **CANTIDAD** | **INDICAR:****MARCA:****MODELO:****ORIGEN DE LOS BIENES:** |
|  |
| **1** | **60303440** | **Incubadora de transporte con ventilador** | **c/u** | **1** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suministro** | Incubadora neonatal móvil para proveer un ambiente cerrado con control de temperatura minimizando la pérdida de calor de pacientes recién nacidos de término y prematuros a través del paso controlado de flujo de aire caliente durante procedimientos de transporte.  |  |
| **Descripción** | * + - 1. Incubadora de transporte con modos de funcionamiento: Manual y Servo-controlado o equivalente.
			2. Rango de medición de Temperatura de piel/ RN / ITC o equivalente: de 25°C a 42°C o rango mayor,
			3. Rango de medición de Temperatura de aire/ AR / ATC o equivalente: de 20°C a 42°C o rango mayor.

**MODULO DE CONTROL DE TEMPERATURA:*** + - 1. Control de temperatura, con pantalla digital para mostrar temperatura del aire y del paciente, e indicadores de alarma de paciente y sistema.
			2. Las mediciones y ajustes de temperatura con incrementos de 0.1°C.
			3. Rango de control de Temperatura de piel/ RN / ITC o equivalente: de 35°C a 37°C o rango mayor,
			4. Rango de control de Temperatura de aire/ AR / ATC o equivalente: de 20°C a 37°C o rango mayor
			5. Rango Medición y/o control de humedad relativa de 40% a 80% o mayor
			6. El equipo debe realizar un auto chequeo al encenderse.
			7. Ruido interno menor a 60 dB
			8. Capacidad de respaldo con batería de al menos 90 minutos
			9. Con sistema compatible para funcionar con suministro de energía eléctrica de ambulancia.
			10. Fácil de manipular, levantar, ajustar y sujetar dentro de ambulancia.

**GABINETE:*** + - 1. Con sistema de pesaje, balanza electrónica integrada.
			2. Colchoneta fabricada con material lavable e impermeable.
			3. Unidad con sistema de transporte de al menos 4 rodos con diámetro no menor a 125 mm y dispositivo de frenos.
			4. Todos los componentes externos tales como el cilindro de oxígeno de emergencia deben estar montados de manera segura.
			5. Con construcción robusta y de material resistente tal como aluminio anodizado o material similar que permita el uso y limpieza rutinaria.
			6. Resistente a la corrosión y a los líquidos utilizados para la desinfección.
			7. Con lámpara dentro o fuera de la cámara.
			8. La cámara de la incubadora deberá ser transparente, de doble pared
			9. Deberá contar con al menos dos compuertas para brazos, y al menos dos compuertas para tubos de respiradores.
			10. También poseerá mecanismo de seguridad para prevenir una abertura completa y cierre accidental.
			11. Sistema de seguridad por sobre temperatura.
			12. Con sistema de recirculación de aire con microfiltro
			13. Que esté montada en base plegable de aluminio anodizado para el transporte de la unidad.
			14. Sistema de montaje y sujeción de la unidad seguro y fácil de utilizar durante el transporte en ambulancia.

**ALARMAS ADUDIBLES Y/O VISUALES*** + - 1. Alarma de alta y baja temperatura de aire.
			2. Alarma de alta y baja temperatura de piel del paciente.
			3. Alarma de falla de sensor de temperatura.
			4. Alarma de fallo en el flujo de aire.
			5. Alarma de falla de prueba del sistema
			6. Alarma de falta de energía eléctrica.
			7. Alarma de batería baja.

**VENTILADOR~~:~~*** + - 1. Ventilador mecánico neonatal.
			2. Con capacidad de proporcionar mezcla y medición de concentración de FiO2
			3. De flujo continuo, ciclado por presión y por tiempo.
			4. Modos de ventilación mínima: Ventilación controlada y CPAP.
			5. Con sus circuitos de paciente inherentes al sistema.
 |  |
| **Instalación** | * + - 1. La empresa adjudicada deberá realizar el montaje y/o armado del equipo, y puesta en marcha del equipo en el lugar donde será utilizado.
			2. Realizará todo lo necesario para dejar los equipos funcionando a satisfacción del administrador de contrato.
			3. Con la entrega de cada equipo deberá presentar: Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio. Será necesaria una copia en físico y una copia en memoria extraíble USB, preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés.
			4. Se colocará una placa o viñeta metalizada en un lugar visible en cada uno de los equipos en la que pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen, No. de Contrato, Vigencia de la garantía y numero de contacto
 |  |
| **Accesorios incluidos** | * + - 1. Diez (10) microfiltros para recamara
			2. Diez (10) juegos de recambio de mangas para ventanas o puertas de acceso (para cada ventana).
			3. Tres (3) sensores de temperatura de piel reutilizables
			4. Dos (2) Juegos de amarras para asegurar la incubadora dentro de la ambulancia.
			5. Una (1) Manguera de oxígeno para conexión a toma de pared con conector tipo DISS.
			6. Una (1) Manguera de aire comprimido para conector de oxígeno empotrado a pared con conector tipo DISS.
			7. Un (1) Cilindro de oxígeno tipo E de 23 Pies cúbicos con válvula tipo poste, que incluya su manguera
 |  |
| **Características eléctricas****(para incubadora y ventilador)** | * + - 1. Voltaje: 120 ±10 Vac, frecuencia 60HZ, 1 fase
			2. Batería recargable que permita una duración de funcionamiento no menor a 90 minutos de autonomía. Que mantenga el funcionamiento de la incubadora, ventilador y demás equipos periféricos.
			3. Adaptador para ambulancia, es decir que funcione con corriente directa. 12VDC.
 |  |
| **Características mecánicas** | * + - 1. Peso total de incubadora y ventilador: Menor a 100 Kg., que permita la fácil manipulación entre dos personas para movilizarla e integrarla a una ambulancia.
			2. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **Estándares y Normativas** | * + - 1. Cumplir con certificación de sistema de gestión de calidad para equipos médicos ISO13485 o ISO9001
			2. Cumplir normativas 93/42CEE o equivalentes.
			3. Cumplir con Normativa IEC60601-1 de seguridad eléctrica, o normativa equivalente
 |  |
| **Condiciones de Recepción** | * + - 1. Equipos y accesorios deberá entregarse nuevo, funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato
 |  |
| **Información Técnica Requerida con la oferta** | * + - 1. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para que se pueda validar.
 |  |
| **Garantía**  | * + - 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 3 años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
			2. Esta garantía deberá incluir llamados por mantenimiento emergente ante cualquier falla, reparación o sustitución de piezas, accesorios o insumos y ser atendida en un tiempo máximo de 24 horas
 |  |
| **Capacitación** | **Para personal Usuario:** * + - 1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones del Hospital en una jornada de 4 horas, las cuales deben de contener en su temario como mínimo: aplicaciones clínicas y de uso en general, manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, dichas capacitaciones serán a entera satisfacción de Administrador de contrato

**Para personal de Mantenimiento:** * + - 1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones Hospital, en una jornada de 4 horas, las cuales deben 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, en castellano.
 |  |
| **Soporte Técnico por desperfectos de fabricación** | * + - 1. Deberá estar en capacidad de atender llamadas en un periodo no mayor de 24 horas calendario (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato.
			2. La empresa adjudicada deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado, con una experiencia mínima de 2 años en el mantenimiento de los equipos similares a los ofertados.
 |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

### ***Formulario 05. Cronograma de cumplimiento y Plan de Entregas***

| **ARTÍCULO** | **Descripción de los Bienes** | **Cantidad** | **Lugar de destino convenido**  | **Fecha de Entrega**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente *[a ser proporcionada por el Oferente]*** |
| *1* | *Incubadoras de transporte con ventilador* | *1* | *HOSPITAL NACIONAL AHUACHAPÁN*Cantón Ashapuco, Calle al Zacamil, contiguo a Residencial Suncuán, Ahuachapán |  *5 días calendarios después de la firma del contrato* |  *120 días calendarios después de firmado el contrato* | ***[indicar el número de días de entrega de los suministros ofertados]*** |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: *[indique la fecha]*

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

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

Licitación Pública Nacional n.°:***LPN-B-3erTD-ISM-11-MINSAL***

**“ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS**

**(INCUBADORAS DE TRANSPORTE)”**

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

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las Ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de la Oferta.
2. Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Contratante por un período de ***(1) año para el caso de los subpárrafos (a) y (b) y por tres (3) años para el caso del subpárrafo (c)***contado a partir de *la fecha de apertura de ofertas,* si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la Oferta sea porque:
3. retiráramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la Oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o

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

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

1. Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará, si no somos el Oferente Seleccionado, cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) hemos recibido una copia de su comunicación informando que no somos el Oferente seleccionado; o (ii) haber transcurrido veintiocho días después de la expiración de nuestra Oferta.
2. Entendemos que si somos una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá estar en el nombre de la APCA que presenta la Oferta. Si la APCA no ha sido legalmente constituida en el momento de presentar la oferta, la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá ser en nombre de todos los miembros futuros tal como se enumeran en la carta de intención mencionada en la Subcláusula correspondiente de las IAO.]

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

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

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

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

**Formulario 07. Autorización del Fabricante**

*(El comprador analizara por la naturaleza, cantidad y monto de la adquisición, la conveniencia de solicitar esta autorización).*

 *[El Oferente solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membrete del Fabricante y deberá estar firmado por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan el Fabricante. El Oferente lo deberá incluirá en su oferta, si así se establece en estos documentos.]*

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

Licitación Pública Nacional **LPN-B-3erTD-ISM-11-MINSAL**

 “ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO PARA HOSPITALES PRIORIZADOS (INCUBADORAS DE TRANSPORTE)”

A: *[indicar el nombre completo del Contratante]*

POR CUANTO

Nosotros *[indicar 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]* mediante el presente instrumento autorizamos a *[indicar el nombre completo del Oferente]* a presentar una oferta con el solo propósito de suministrar los siguientes Bienes de fabricación nuestra *[nombre y breve descripción de los bienes],* y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Nombre: *[indicar el nombre completo del representante autorizado del Fabricante]*

Cargo: *[indicar cargo]*

Debidamente autorizado para firmar esta Autorización en nombre de: *[nombre completo del Oferente]*

Fechado en el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_ [fecha de la firma]

**Formulario 08 - Facturación Promedio Anual**

Mi representada tiene una facturación promedio anual por *ventas,* por el período del *\_ (indicar fecha) \_\_ al \_ (indicar fecha) \_\_ (en los últimos 3 años, exceptuando el año 2020), de \_ (indicar monto),* adjunto documentos de respaldo. Presentamos los Estados Financieros de los años 2019, 2021 y 2022, para verificar el dato proporcionado de la Facturación Promedio de los tres años.

Atentamente,

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

**Formulario 09: Experiencia Específica del Oferente**

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA ESPECIFICA DEL OFERENTE COMO CONTRATISTA**  |
| **No** | **CONTRATANTE (\*)** | **OBJETO DEL CONTRATO** | **UBICACIÓN** | **VALOR USD** | **FECHAS EJECUCIÓN** | **PARTICIPACIÓN % EN ASOCIACIÓN – NOMBRE DEL SOCIO (\*\*)** |
| **ORIGINAL** | **FINAL** | **ORIGINAL** | **FINAL** |
|  A) CONTRATOS EJECUTADOS DE [VENTA DE LOS SIGUIENTES BIENES: (DETALLAR)/PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: (DETALLAR)] |
| 1 |   |  |  |  |  |  |  |
| 2 |   |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL FACTURADO (INDICAR LA SUMA TOTAL EN US $) |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

INSPECCIONES Y PRUEBAS

Las siguientes inspecciones y pruebas se realizarán:

Las inspecciones y pruebas de funcionamiento de los bienes ofertados serán realizadas en el establecimiento asignado, lo que deberá ser coordinado previamente con el Administrador del contrato.

(a) Cantidad de artículos

 (c) Marca, modelo y país de origen

(d) Provisión de manuales solicitados

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

(f) Puesta en Funcionamiento de los equipos

LISTA DE BIENES Y PLAN DE ENTREGA

| **ARTICULO** | **Descripción de los Bienes** | **Cantidad** | **Lugar de destino convenido**  | **Fecha de Entrega**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** |
| 1 | *Incubadoras de transporte con ventilador* | 1 | HOSPITAL NACIONAL AHUACHAPÁN *Cantón Ashapuco, Calle al Zacamil, contiguo a Residencial Suncuán, Ahuachapán* |  *5 días calendarios después de la firma del contrato* |  *120 días calendarios después de firmado el contrato* |

2. Garantía de Cumplimiento del Contrato

[El Banco u Oficina, a solicitud del Oferente seleccionado, completará este Formulario de acuerdo con la instrucción indicada] En caso que la Garantía sea emitida por un Banco de un país extranjero, éste deberá tener corresponsalía con un Banco del país del Contratante.

**Licitación Pública Nacional LPN No: [Indicar el código del proceso]**

***Título de la adquisición: [insertar el título]***

Fecha: **[insertar la fecha]**

**Sucursal del Banco u Oficina: [nombre completo del Garante]**

**Beneficiario: [Nombre del Contratante]**

**GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO No.:** *[indicar el número de la Garantía]*

Se nos ha informado que *[nombre completo del Proveedor]* (en adelante denominado “el Proveedor”) ha recibido la adjudicación del Contrato n.° *[Indicar número]* de fecha *[Indicar día, mes y año]* con ustedes, para el suministro de *[Breve descripción de los bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos]* (en adelante denominado “el Contrato”).

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

A solicitud del Proveedor nosotros por medio de esta garantía nos obligamos en forma irrevocable a pagarles a ustedes una suma o sumas, que no excedan *[indicar la(s) suma(s) en cifras y palabras]* contra su primera solicitud por escrito, acompañada de una declaración escrita, manifestando que el Proveedor está en violación de sus obligaciones en virtud del Contrato, sin argumentaciones ni objeciones capciosas, sin necesidad de que ustedes prueben o acrediten las causas o razones de su demanda o la suma especificada en ella.

Esta garantía expirará a más tardar el *[indicar el número]* día de *[indicar el mes* de *[indicar el año],* y cualquier reclamación de pago bajo esta garantía deberá ser recibida por nosotros en esta oficina en o antes de esa fecha.

Esta garantía está sujeta a las “Reglas Uniformes de la CCI relativas a las garantías contra primera solicitud” (*Uniform Rules for Demand Guarantees*), Publicación ICC No. 458, excepto el numeral (ii) del Sub-artículo 20 (a).

La FIANZA DE CUMPLIMIENTO (PÓLIZA DE CAUCIÓN) se regirá por la legislación vigente en el país del Contratante.

*[Firma(s) del representante autorizado del banco y del Proveedor]*

Garantía de Cumplimiento (Fianza)

[El Garante/ Oferente seleccionado que presenta esta fianza deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas en corchetes, si el Contratante solicita este tipo de garantía]

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 [número, 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. [[2]](#footnote-2)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\_\_\_\_.

*[Firma(s) del representante autorizado del banco y del Proveedor]*

San Salvador, 30 de octubre de 2024.

Dra. Patricia Figueroa de Quinteros

Jefe Unidad de Gestión de Programas y Proyectos de Inversión Ad-honorem.

MINISTERIO DE SALUD.

1. Si se ofertan subcontrataciones, en esta sección deben identificarse a los subcontratistas y su nacionalidad. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)