Sección IV. Formularios de la Oferta

**Índice de Formularios**

[Carta de la Oferta 59](#_Toc136871144)

[Formulario de Información sobre el Licitante 62](#_Toc136871145)

[Formulario de información sobre los miembros de la APCA 63](#_Toc136871146)

[Declaración de Desempeño sobre Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx) 64](#_Toc136871147)

Lista de precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador que se importarán ……………\_66

Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador, ya importados………….67

Lista de Precios: Bienes fabricados en el país del Comprador………………………………68

Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos………………………………...69

[Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta (Garantía bancaria) 73](#_Toc136871152)

[Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta (Fianza) 75](#_Toc136871153)

[Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta …77](#_Toc136871154)

[Autorización del Fabricante](#_Toc136871155) 79

Carta de la Oferta

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

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

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

**Solicitud de Oferta 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 IAL 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 IAL 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 IAL 4.7.
4. **Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx):** [*seleccione la opción apropiada de (i) a (iii) a continuación y elimine las demás.* *En caso de los miembros de una APCA y/o subcontratistas, indicar la situación de descalificación por parte del Banco de cada miembro de la APCA y/o subcontratista.]*

Nosotros, incluyendo todos nuestros subcontratistas:

1. [no hemos sido objeto de descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx.]
2. [estamos sujetos a descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx]
3. [habíamos sido descalificados por el Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx. Se ha dictado un laudo arbitral en el caso de descalificación a nuestro favor.]
4. **Conformidad:** Ofrecemos proveer los siguientes bienes de conformidad con el documento de licitación y de acuerdo con el Cronograma de Entregas establecido en los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos: *[proporcione una descripción breve de los Bienes y Servicios Conexos].*
5. **Precio de la Oferta:** El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el artículo (f) a continuación es:

Opción 1, en caso de un solo 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. **Validez de la Oferta:** Nuestra Oferta será válida hasta *[ingresar el día, mes y año de conformidad con la IAL 18.1]*, 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 Licitante:** No estamos presentando ninguna otra Oferta como Licitantes 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 IAL 4.3, sin considerar las Ofertas Alternativas presentadas de acuerdo con la IAL 13.
7. **Suspensión e inhabilitación:** Nosotros, junto con todos nuestros subcontratistas, proveedores, consultores, fabricantes o prestadores de servicios requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, no dependemos de ninguna entidad o persona, ni somos controlados por ninguna entidad o persona, que esté sujeta a una suspensión o inhabilitación temporal impuesta por el Grupo Banco Mundial ni a una inhabilitación impuesta por el Grupo Banco Mundial de conformidad con el Acuerdo de Aplicación Mutua de las Decisiones de Inhabilitación, suscrito por el Banco Mundial y otros bancos de fomento. Asimismo, no somos inelegibles en virtud de las leyes o regulaciones oficiales del País del Comprador ni en virtud de una decisión del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.
8. **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 IAL 4.6].*
9. **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 | Concepto | Monto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(Si no ha efectuado o no se efectuará pago alguno, escriba “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. **Fraude y Corrupción:** 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 fraudulentas o corruptas.

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

**Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Licitante**\*\***:** *[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 Licitante.

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

Formulario de Información sobre el Licitante

*[El Licitante 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 Licitante: *[indique el nombre jurídico del Licitante].* |
| 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 Licitante en la actualidad o país donde intenta registrarse: *[indique el país donde está registrado el Licitante en la actualidad o país donde intenta registrarse].* |
| 4. Año de registro del Licitante: *[indique el año de registro del Licitante].* |
| 5. Dirección del Licitante en el país donde está registrado: *[indique el domicilio legal del Licitante en el país donde está registrado].* |
| 6. Información del representante autorizado del Licitante:  Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado].*  Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado].*  Números de teléfono y fax*: [indique los números de teléfono y fax 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 IAL 4.4.  🞎 Si se trata de una APCA, carta de intención de formar la APCA, o el Convenio de APCA, de conformidad con la IAL 4.1.  🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, de conformidad con la IAL 4.6, documentación que acredite:   * su autonomía jurídica y financiera, * su operación conforme al Derecho comercial, * que el Licitante no se encuentra bajo la supervisión del Comprador.   8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. El Licitante 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 Licitante deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. El siguiente cuadro deberá ser completado por el Licitante 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 Licitante *[indique el nombre jurídico del Licitante].* |
| 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 y fax: *[indique los números de teléfono y fax 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 IAL 4.4.  🞎 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 IAL 4.6.  8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. El Licitante seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real de cada miembro de la APCA, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva. |

Declaración de Desempeño sobre Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx)

*[El siguiente cuadro debe ser completada por el Licitante y cada miembro de la APCA o JV y cada subcontratista propuesto por el Licitante]*

Nombre del Licitante: *[indicar el nombre completo]*

Fecha: *[insertar día, mes, año]*

SDO No. y Título: *[insertar la referencia de la SDO]*

Página *[insertar número de página] de [insertar número total] páginas*

|  |  |
| --- | --- |
| **Declaración EAS y /o ASx** | |
| 🞎    🞎    🞎 | Nosotros:   1. no hemos sido objeto de descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx. 2. no estamos sujetos a descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx 3. hemos sido descalificados por el Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx pero fuimos excluidos de las empresas descalificadas Se ha dictado un laudo arbitral en el caso de descalificación a nuestro favor. |
| ***[Si (c) anterior es aplicable, adjunte evidencia de un laudo arbitral que revierta las conclusiones sobre los problemas subyacentes a la descalificación.]*** | |

Formularios de Listas de Precios

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador que se importarán | | | | | | | | | |
|  | | | | (Ofertas del Grupo C, bienes que se importarán)  Monedas de acuerdo con la IAL 15 | | | | Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.o \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 |
| N.o 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  IAL 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 propuesta].* | *[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 Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique la fecha]* | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador, ya importados | | | | | | | | | | | |
|  | | | (Ofertas Grupo C, Bienes ya importados\*)  Monedas de acuerdo con IAL 15 | | | | | | Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| N.o 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 IAL 14.8 (c) (i) | Derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad de acuerdo con la IAL14.8 (c) (ii) (respaldado con documentos) | Precio unitario neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAL14.8 (c) (iii)  (Col. 6 − Col.7) | Precio por artículo neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación, de acuerdo con la IAL 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 DDLde acuerdo con la IAL 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 IAL 14.8 (c) (iv) | Precio Total por artículo  (Col. 9 + 10) |
| *[Indique n.o de Artículo].* | *[Indique nombre de  los bienes].* | *[Indique país de origen de los bienes].* | *[Indique la fecha de entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades por proveer 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 Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[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 hayan sido o deban ser pagadas por el Comprador. Como aclaración, se solicitará a los Licitantes 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 conformidad con la IAL 15 | | | | Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.o \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N.o 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, materia prima y 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 IAL 14.8.6 (a) (ii) | Precio total  por artículo  (Col. 6 + 7) |
| *[Indique n.o de artículo]* | *[Indique nombre de  los bienes].* | *[Indique la fecha de entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades por proveer 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 cada 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 Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos | | | | | | | |
|  | | Monedas de acuerdo con la IAL 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 | Fecha de entrega en el lugar de destino final | Cantidad y unidad física | Precio unitario | Precio total por servicio  (Col. 5 x 6 o un estimado) |
| *[Indique número del servicio].* | *[Indique el nombre de los servicios].* | | *[Indique el país de origen de los servicios].* | *[Indique la fecha de entrega al lugar de destino final por servicio].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio unitario por artículo].* | *[Indique precio total por artículo].* |
| 1 | **LOTE 1:** EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE BAJO RIESGO | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | |  |  | 1. **jornadas de capacitación de 4 horas cada una.** |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **420 mantenimientos** |  |  |
| 2 | **LOTE 2:** EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE ALTO RIESGO | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes.  . | |  |  | **6 jornadas de capacitación de 4 horas cada una.** |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **128 mantenimientos** |  |  |
| 3 | **LOTE 3**: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS Y EMISIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS CLÍNICO | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | |  |  | **4 jornada de capacitación de 4 horas cada una** |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **28 mantenimientos** |  |  |
| 4 | **LOTE 4**: TIMPANÓMETRO | |  |  |  |  |  |
|  | Instalación y puesta funcionamiento | |  |  | **10 c/u** |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | |  |  | **2 jornada de capacitación de 4 horas cada una** |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **40 mantenimientos** |  |  |
| 5 | **LOTE 5:** VIDEO OTOSCOPIO | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | |  |  | **5 jornadas de capacitación de 4 horas cada una** |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **148 mantenimientos** |  |  |
| 6 | **LOTE 6:** AUDIÓMETRO | |  |  |  |  |  |
|  | Instalación y puesta en funcionamiento | |  |  | **10 c/u** |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | |  |  | **4 jornadas de capacitación de 4 horas cada una** |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **40 mantenimientos** |  |  |
| **7** | **AGENTE ADUANAL (servicio conexo aplicará a empresas no domiciliados en El Salvador)** | |  |  | **1 C/U** |  |  | |
|  | | | | | Precio total de la Oferta | |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| NOTA: el precio de los servicios conexos debe de considerarse en el precio total de la oferta es decir bienes + servicios conexos. | | | | | | | |

* El establecimiento y la programación donde serán realizadas las **capacitaciones** será definido previa coordinación con el administrador de contrato.
* Para el mantenimiento preventivo, el proveedor deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato.

Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta  
(Garantía bancaria)

(NO APLICA)

*[El banco completará este formulario de garantía bancaria según las instrucciones indicadas].*

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

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

**SDO n.°:** *[Indique número de referencia del Comprador para el llamado a licitación].*

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

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

**GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N.°:** *[Indique el 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 Licitante; en el caso de que se trate de una APCA, será el nombre de esta (legalmente constituida o en proceso de constitución) o los nombres de todos sus miembros, en su defecto]* (en adelante, el “Solicitante”) ha presentado o presentará al Beneficiario su oferta el *[indique la fecha de presentación de la Oferta]* (en adelante, la “Oferta”) para la celebración de *[indique el nombre del Contrato]* en virtud de la Solicitud de Ofertas n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (“la SDO”).

Asimismo, entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, una garantía de mantenimiento deberá respaldar dicha Oferta.

A solicitud del Solicitante, nosotros, en calidad de Garantes, por medio de la presente Garantía nos obligamos irrevocablemente a pagar al Beneficiario una suma que no exceda un monto total de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) al recibo de 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 el que se indique que el Solicitante:

* 1. ha retirado su Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta establecida por el Solicitante en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida establecida por el Solicitante, o
  2. después de haber sido notificado por el Beneficiario de la aceptación de su Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta o cualquier fecha extendida otorgada por el Solicitante, (i) no ha firmado el Convenio de Contrato, o (ii) no ha suministrado la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAL del documento de licitación del Beneficiario.

Esta Garantía vencerá: (a) en el caso del Solicitante seleccionado, cuando recibamos en nuestras oficinas las copias del Convenio de Contrato firmado por el Solicitante y de la Garantía de Cumplimiento emitida al Beneficiario en relación con dicho convenio, o (b) en el caso de no ser el Solicitante seleccionado, cuando: (i) recibamos una copia de la notificación del Beneficiario al Solicitante en la que se le comuniquen los resultados del proceso de Licitación, o (ii) transcurran 28 días después de la fecha de expiración de la validez de la Oferta, lo que ocurra primero.

Consecuentemente, cualquier demanda de pago en virtud de esta Garantía deberá recibirse en la oficina antes mencionada a más tardar en esa fecha.

Esta Garantía está sujeta a las Reglas Uniformes de la Cámara de Comercio Internacional (CCI) relativas a las garantías contra primera solicitud, revisión de 2010, publicación n.°758 de la CCI.

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

*[Firma(s)]*

***Nota: Los textos en cursiva se incluyen al solo efecto de preparar el presente formulario y deben ser eliminados en el texto final.***

Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta (Fianza)

(NO APLICA)

*[El Garante completará este Formulario de Fianza de la Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas].*

FIANZA N.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR ESTA FIANZA *[nombre del Licitante],* obrando en calidad de Mandante (en adelante, el “Mandante”), y *[nombre, denominación legal y dirección del Garante],* **autorizado para operar en** *[nombre del País del Comprador],* y quien obre como Garante (en adelante, el “Garante”) por este instrumento se obligan y se comprometen firmemente con *[nombre del Comprador]* como Demandante (en adelante, el “Comprador”) por el monto de *[monto de la fianza]*[[1]](#footnote-1) *[indique la suma en letras],* a cuyo pago en legal forma, en los tipos y proporciones de monedas en que deba pagarse el precio de la Garantía, nosotros, el Mandante y el Garante antes mencionados por este instrumento, nos comprometemos y obligamos colectiva y solidariamente a estos términos a nuestros sucesores y cesionarios.

CONSIDERANDO que el Mandante ha presentado o presentará al Comprador una Oferta escrita con fecha del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, del 20\_\_, para la provisión de *[indique el nombre y/o la descripción de los bienes]* (en adelante, la “Oferta”),

POR LO TANTO, LA CONDICIÓN DE ESTA OBLIGACIÓN es tal que, si el Mandante:

1. ha retirado su Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta estipulado en la Carta de la Oferta del Mandante (“el período de validez de la Oferta”), o cualquier fecha extendida otorgada por el Mandante, o,
2. luego de que el Comparador lo ha notificado de la aceptación de su Oferta antes de la fecha de expiración de la Validez de la Oferta o cualquier extensión otorgada por el Mandante, (i) no ha suscripto el Convenio del Contrato o (ii) no ha presentado la Garantía de Cumplimiento, de conformidad con las Instrucciones a los Licitantes (“IAL”) del documento de licitación del Comprador,

el Garante procederá inmediatamente a pagar al Comprador, como máximo, la suma antes mencionada al recibir la primera solicitud por escrito de este, sin que el Comprador deba sustentar su demanda, siempre y cuando manifieste que esta se encuentra motivada por cualquiera de las situaciones descritas anteriormente, especificando cuál de ellas ha tenido lugar.

Por medio del presente, el Garante conviene que su obligación permanecerá vigente y tendrá pleno efecto inclusive hasta 28 días después de la fecha de expiración de la validez de la Oferta tal como se establece en la Carta de la Oferta o cualquier prórroga proporcionada por el Mandante.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD*,* el Mandante y el Garante han dispuesto la suscripción del presente en sus respectivos nombres el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 20\_\_.

Mandante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Garante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Sello corporativo (si lo hubiera)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Firma) (Firma)*  
*(Aclaración y cargo) (Aclaración y cargo)*

Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta

*[El Licitante 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].*

Oferta 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 especificado en la Sección II - Datos de la Licitación (DDL), si incumplimos nuestras obligaciones derivadas de las condiciones de la oferta, a saber:

* + - * 1. si retiramos nuestra Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta especificado en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida otorgada por nosotros, o
        2. si, una vez que el Comprador nos ha notificado de la aceptación de nuestra Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta especificada en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida otorgada por nosotros, (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 IAL.

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 Licitante seleccionado, o (ii) han transcurrido 28 días después de la fecha de expiración de la validez de nuestra Oferta, lo que ocurra primero.

Nombre del Licitante\*:

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

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 Licitante.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Licitante. 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

*[solamente si es aplicable]*

*[El Licitante 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 Licitante 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 Licitante]* 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 IAL 28 de las Condiciones Generales del Contrato, respecto de los Bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Nosotros confirmamos que no hemos incurrido o empleado trabajo forzoso o personas sujetas a trata de personas o trabajo infantil de conformidad con la Cláusula 14 de las Condiciones Generales del Contrato.

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].*

Sección VII. Requisitos de los Bienes y  
Servicios Conexos

**Índice**

|  |  |
| --- | --- |
| [**1. Lista de Bienes y Cronograma de Entregas**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871360) | [**88**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871360) |
| [**2. Lista de Servicios Conexos y Cronograma de Cumplimiento**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871361) | [**90**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871361) |
| [**3. Especificaciones Técnicas**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871362) | [**94**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871362) |
| [**4. Planos o diseños**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871363) | [**113**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871363) |
| [**5. Inspecciones y pruebas**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871364) | [**114**](file:///C:\Users\Beatriz%20Ibarra\Desktop\MINSAL\PROCESOS%202023\CSJ-143%20QUIROFANO\et.xlsx#RANGE!_Toc136871364) |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. Lista de Bienes y Cronograma de Entregas  *[El comprador completará este cuadro, excepto la columna “Fecha de entrega ofrecida por el Licitante”, que deberá ser completada por el Licitante].* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.**°**de Lote** | **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 Licitante]*** |
| 1 | EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE BAJO RIESGO | 53 | C/U | *Complejo Almacén El Paraíso* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 52 | C/U | *Complejo Almacén El Paraíso* | *Segunda entrega*  *45 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *60 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 2 | EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE ALTO RIESGO | 32 | C/U | *Complejo Almacén El Paraíso* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 3 | POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS Y EMISIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS CLÍNICO | 7 | C/U | *Complejo Almacén El Paraíso* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 4 | TIMPANÓMETRO | 10 | C/U | *Según listado de hospitales* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 5 | VIDEO OTOSCOPIO | 37 | C/U | *Complejo Almacén El Paraíso* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 6 | AUDIÓMETRO | 10 | C/U | *Según listado de hospitales* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |

* + - 1. Lista de servicios conexos y cronograma de cumplimiento

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio** | **Descripción del servicio** | **Cantidad1** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fechas finales de cumplimiento de los servicios** |
| *[Indique el n.o del servicio]* | *[Indique descripción de los servicios conexos].* | *[Indique la cantidad de rubros de servicios que se prestarán].* | *[Indique la unidad física de medida de los rubros de servicios].* | *[Indique el nombre del lugar].* | *[Indique las fechas de cumplimiento requeridas].* |
| 1 | **EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE BAJO RIESGO** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | **15** | **jornada de capacitación** | Región Occidental, Paracentral, Central, Metropolitana y Oriental. | Al finalizar la entrega de los equipos. |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **420** | **mantenimiento** | En el lugar donde se encuentre el equipo, previa coordinación con el administrador de contrato. | Dos anuales, durante un año |
| 2 | **EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE ALTO RIESGO** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | **6** | **jornada de capacitación** | Región Occidental con Central; Región Metropolitana con Paracentral; Región Oriental. | Al finalizar la entrega de los equipos. |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **128** | **mantenimiento** | En el lugar donde se encuentre el equipo, previa coordinación con el administrador de contrato. | Dos anuales, durante un año |
| 3 | **POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS Y EMISIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS CLÍNICO** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | **4** | **jornada de capacitación** | El establecimiento y la programación donde serán realizadas las capacitaciones será definido previo a coordinación con el administrador de contrato. | Al finalizar la entrega de los equipos. |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **28** | **mantenimiento** | En el lugar donde se encuentre el equipo, previa coordinación con el administrador de contrato. | Dos anuales, durante un año |
| 4 | **TIMPANÓMETRO** |  |  |  |  |
|  | Instalación y puesta en funcionamiento | **10** | **Instalación y puesta en funcionamiento** | Según lista de Hospitales | La instalación será coordinada con el administrador de contrato. |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | **2** | **jornada de capacitación** | Grupo 1: Hospital Regional de Santa Ana y San Rafael (Santa Tecla); Grupo 2: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Regional de San Miguel. | Al finalizar la entrega de los equipos. |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **40** | **mantenimiento** | En el lugar donde se encuentre el equipo, previa coordinación con el administrador de contrato. | Dos anuales, durante un año |
| **5** | **VIDEO OTOSCOPIO** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | **5** | **jornada de capacitación** | Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana con Paracentral; Grupo 3: Región Oriental | Al finalizar la entrega de los equipos. |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **148** | **mantenimiento** | En el lugar donde se encuentre el equipo, previa coordinación con el administrador de contrato. | Dos anuales, durante un año |
| **6** | **AUDIÓMETRO** |  |  |  |  |
|  | Instalación y puesta en funcionamiento | **10** | **Instalación y puesta en funcionamiento** | Según lista de Hospitales | La instalación será coordinada con el administrador de contrato. |
|  | Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | **4** | **jornada de capacitación** | Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana y Región Oriental. | Al finalizar la entrega de los equipos. |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **40** | **mantenimiento** | En el lugar donde se encuentre el equipo, previa coordinación con el administrador de contrato. | Dos anuales, durante un año |
| **7** | **AGENTE ADUANAL (servicio conexo aplicará a empresas no domiciliados en El Salvador)** | **1** | **c/u** |  |  |

* + - 1. Especificaciones Técnicas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO MINSAL** | **CÓDIGO ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **Especificaciones técnicas ofertadas** |
| **1** | **60302358** | **42182405** | **EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE BAJO RIESGO.** | **105** | **Marca:** |
| **Modelo:** |  |
| **Producto** | Equipo que realiza una prueba sencilla y rápida, que permita detectar disminución de la audición o sordera en recién nacidos, sin causar dolor o molestia alguna. | | | |  |  |
|  |  |
| **Características** | Apto para utilizarse en ambientes ruidosos. | | | |  |  |
| Con nivel de intensidad de referencia 55-65 SPL para producto de distorsión. | | | |  |  |
| Diagnóstico portátil y cribado para todas las edades. | | | |  |  |
| Con capacidad de realizar pruebas de tamizaje auditivo, como son: | | | |  |  |
| Emisiones Oto-acústicas DPOAE. | | | |  |  |
| Emisiones Oto-acústicas TEOAE. | | | |  |  |
| Emisiones Oto-acústicas en combinación DPOAE+TEOAE. | | | |  |  |
| Protocolos individuales hasta para 2 ajustes preestablecidos para DPOAE y 2 para TEOAE con opciones flexibles de visualización y análisis. | | | |  |  |
| Almacenamiento automático de los resultados de las pruebas. | | | |  |  |
| Opciones para reporte e impresión, funciones de búsqueda, configuración del instrumento, archivo de datos y copias de seguridad. | | | |  |  |
| Tipos de medición a nivel de pruebas de cribado: | | | |  |  |
| DPOAE: 2 a 5 KHz, 40 a 70 dBSPL | | | |  |  |
| TEOAE: 0.7 A 4 kHz, 80 dBSPL | | | |  |  |
| Con conectores para carga y comunicación. | | | |  |  |
| Conectores para sonda de prueba. | | | |  |  |
| Con memoria de pruebas desde 250 registros o más. | | | |  |  |
| Con capacidad de exportar informes de datos en PDF, RTF o archivo de imagen. | | | |  |  |
| Memoria USB con software. | | | |  |  |
| Con certificado de calibración del fabricante. | | | |  |  |
| **Características Eléctricas** | Baterías recargables de Ion- y su respectiva fuente de alimentación original de fabricante a 120 voltios a 60 Hz. | | | |  |  |
| **Características Mecánicas** | De tamaño portátil y resistente a golpes y la corrosión de materiales de limpieza. | | | |  |  |
|  |  |
| **Accesorios incluidos por producto** | 300 unidades de puntas auditivas de 3-5 mm | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas auditivas de 4-7 mm | | | |  |  |
| Tubo sonda 200 unidades. | | | |  |  |
| Kits de puntas auditivas (cada Kit con puntas auditivas: 20 para recién nacido, 20 pediátrico). | | | |  |  |
| Punta auditivas para prematuros 25 pcs/bolsa. | | | |  |  |
| Muestra de punta auditiva espuma Pk, 6 unidades | | | |  |  |
| Con base que proporcione comunicación de datos a PC y función de carga. | | | |  |  |
| Con impresora tipo matriz de puntos térmicos, con alimentación a través de batería de ion-litio, comunicación inalámbrica y por lo menos 50 rollos de papel térmico | | | |  |  |
| Kit de impresora térmica | | | |  |  |
| 50 unidades de rollo de papel térmico | | | |  |  |
| Cable de carga, PSU 5V/Micro-B. | | | |  |  |
| Cable de comunicación USB A/Micro-B, 2M | | | |  |  |
| USB Cable, A/B (2m). | | | |  |  |
| Software de base de datos y conector micro-USB. | | | |  |  |
| Estuche de transporte del fabricante. | | | |  |  |
| Herramienta de remoción de tubo de sonda | | | |  |  |
| **Estándares y Normativas** | Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485. | | | |  |  |
| Norma IEC 60645-6 Electroacústica y equipos audio métricos parte 6: instrumento para la medición de emisiones acústicas. | | | |  |  |
| **Garantía** | Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y equipos periféricos. | | | |  |  |
| Vida útil del equipo no menor a 5 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. | | | |  |  |
| El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. | | | |  |  |
| La fecha de fabricación del equipo no deberá ser mayor a doce meses, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo compruebe. | | | |  |  |
| Compromiso por escrito del suministrante en contar con existencias de repuestos y accesorios para un período mínimo de 5 años. | | | |  |  |
| **Condiciones de Recepción** | Deberá entregarse a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | | |  |  |
| **Información técnica requerida** | **Con la oferta:** | | | |  |  |
| Catálogo con especificaciones técnicas referencias según folio de la toda la oferta. | | | |  |  |
| Si al momento de presentar la Oferta no se cuenta con el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), será un requisito adjuntar una carta compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | | |  |  |
| Cuando el dispositivo médico requerido es único oferente: En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la SRS. | | | |  |  |
| Los trámites a realizar para obtener el Registro Sanitario se establecen en: | | | |  |  |
| [https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro=guia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion](https://www.google.com/url?q=https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro%3Dguia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion&source=gmail-imap&ust=1752159409000000&usg=AOvVaw2jUaVHbIjabNef0DWOOJW4) | | | |  |  |
| **Con el equipo:** | | | |  |  |
| Manual de operación/usuario en castellano | | | |  |  |
| Manual de servicio | | | |  |  |
| Manual de partes o | | | |  |  |
| Manual de servicio/usuario y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés. Manuales en forma digital. | | | |  |  |
| Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | | |  |  |
| **Mantenimiento** | Deberá realizar CUATRO (4) visitas de mantenimiento preventivo, semestralmente, por 2 años, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y las siguientes cada seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo, para lo cual deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato. | | | |  |  |
| **Capacitación** | El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: | | | |  |  |
| Capacitaciones para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | | | |  |  |
| Deberá presentar programa de capacitación al Administrador de Contrato, a más tardar 2 días posteriores de la entrega del equipo, serán **15 jornadas de capacitación:** | | | |  |  |
| **10 jornadas** de 4 horas para el **personal clínico** (2 jornadas por cada una de las cinco regiones: occidental, paracentral, central, metropolitana y oriental). | | | |  |  |
| **5 jornadas** de 4 horas para el personal **técnico de mantenimiento (**1 jornada por cada una de las cinco regiones: occidental, paracentral, central, metropolitana y oriental). | | | |  |  |
| El establecimiento y la programación donde serán realizadas las capacitaciones será definido previo a coordinación con el administrador de contrato. | | | |  |  |
| **Soporte técnico** | La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico y equipo de calibración, con personal entrenado por el fabricante (al menos un técnico certificado) y una experiencia de al menos 2 años (comprobable) en el mantenimiento del equipo ofertado o similares, para garantizar el soporte técnico calificado y cumplir con el programa de capacitación solicitado, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo comprueben: hoja de vida, certificados, entre otros | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO MINSAL** | **CÓDIGO ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **Especificaciones técnicas ofertadas** |
| **2** | **60302359** | **42182405** | **EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO, PARA MEDIR BEBÉS DE ALTO RIESGO** | **32** | **Marca:** |
| **Modelo:** |  |
| **Producto** | Equipo que realiza una prueba sencilla y rápida, que permite detectar disminución de la audición o sordera en recién nacidos, sin causar dolor o molestia alguna en bebés de alto riesgo de hipoacusia. | | | |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Características** | Apto para utilizarse en ambientes ruidosos. | | | |  |  |
| Con pantalla táctil. | | | |  |  |
| Memoria de al menos 1 GB e interfaz de datos USB y Bluetooth. | | | |  |  |
| Con capacidad de realizar las pruebas de tamizaje auditivo, como son: | | | |  |  |
| Emisiones Oto-acústicas (OAE) DPOAE: con frecuencias de estímulo de al menos 2000, 3000, 4000 y 5000 Hz. Con rango estimado de frecuencia de estímulo entre 1500 a 6000 Hz. | | | |  |  |
| Emisiones Oto-acústicas (OAE) TEOAE: Con tipo de estímulo tipo Clic no lineal (según IEC 60645-3). Con rango de frecuencia del estímulo de 1000 a 4000 Hz. | | | |  |  |
| Diseño de protocolos individuales al menos 5 ajustes preestablecidos con opciones flexibles de visualización y análisis. | | | |  |  |
| Almacenamiento automático de los resultados de las pruebas. | | | |  |  |
| Múltiples opciones personalizadas de reporte e impresión, funciones de búsqueda, configuración del instrumento, archivo de datos y copias de seguridad. | | | |  |  |
| Especificaciones del instrumento AABR: | | | |  |  |
| Señales de prueba CE-Chirp y Click rango de frecuencia de 200HZ a 11 khz polaridad alternante. | | | |  |  |
| Tasa de estímulo de 88/seg oreja izquierda y 92.5/seg oreja derecha aproximadamente. | | | |  |  |
| Nivel de estímulo de 35 dB nHL (protocolo determinado). Rango entre 30-45 dB nHL aproximadamente. | | | |  |  |
| Recopilación de datos a nivel de frecuencia de 22 kHz, 24 bits aproximadamente. | | | |  |  |
| Con interfaz USB o superior, para facilitar la comunicación con una PC. | | | |  |  |
| Medición de impedancia eléctrica requeridos para la prueba < 40 kΩ | | | |  |  |
| Con ABR verificador pasa/falla | | | |  |  |
| Con auriculares de inserción IP30 para puntas auditivas – 250 mm cable. | | | |  |  |
| Con certificado de calibración del fabricante. | | | |  |  |
| **Características Eléctricas** | Con fuente de alimentación para baterías recargables ion-litio o según especificaciones del fabricante a 120 voltios a 60 Hz. | | | |  |  |
| Con base de carga del fabricante. | | | |  |  |
| **Características Mecánicas** | De tamaño portátil y resistente a golpes y la corrosión de materiales de limpieza. | | | |  |  |
| Con maletín para su transporte y resguardo. | | | |  |  |
| **Accesorios incluidos por producto** | Kit de accesorios puntas auditivas auriculares de inserción IP30 / Sonda | | | |  |  |
| Con cinta de Nuca. | | | |  |  |
| Lápiz táctil | | | |  |  |
| Con software de base de datos y licencia perpetua de cliente para PC Windows. | | | |  |  |
| Con un preamplificador | | | |  |  |
| Con 2 cables de electrodos de pinza para electrodos desechables de broche. | | | |  |  |
| Con 2 sondas OAE Pediátrico/Adulto (OWA) 1200 mm cable. | | | |  |  |
| 10 kit de limpieza de sonda | | | |  |  |
| Past checker (verificador de hardware) | | | |  |  |
| Cavidad de comprobación de sonda (Infantil) | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas auditivas, para prematuros | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas auditivas de 3-5 mm con brias | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas auditivas de 4-7 mm con brias | | | |  |  |
| 3 unidades de kit de puntas de reemplazo sonda. | | | |  |  |
| 5 kit de hilos de limpieza. | | | |  |  |
| 3 kit de etiquetas. | | | |  |  |
| 3 rollos o 300 etiquetas térmicas para impresora. | | | |  |  |
| 300 unidades de 3x20 de electrodos de broche desechables. | | | |  |  |
| Impresora térmica, con conexión Bluetooth y cargador. | | | |  |  |
| 2 recipiente de gel para electrodos de mínimo 250 ml | | | |  |  |
| **Estándares y Normativas** | Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485. | | | |  |  |
| **Garantía** | Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y equipos periféricos. | | | |  |  |
| Vida útil del equipo no menor a 5 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. | | | |  |  |
| El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. | | | |  |  |
| La fecha de fabricación del equipo no deberá ser mayor a doce meses, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo compruebe. | | | |  |  |
| Compromiso por escrito del suministrante en contar con existencia de repuestos y accesorios para un período mínimo de 5 años. | | | |  |  |
| **Condiciones de Recepción** | Deberá entregarse a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | | |  |  |
|  |  |
| **Información técnica requerida** | **Con la oferta:** | | | |  |  |
| Catálogo con especificaciones técnicas referencias según folio de la toda la oferta. | | | |  |  |
| Si al momento de presentar la Oferta no se cuenta con el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), será un requisito adjuntar una carta compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | | |  |  |
| Cuando el dispositivo médico requerido es único oferente: En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la SRS. | | | |  |  |
| Los trámites a realizar para obtener el Registro Sanitario se establecen en: | | | |  |  |
| [https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro=guia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion](https://www.google.com/url?q=https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro%3Dguia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion&source=gmail-imap&ust=1752159409000000&usg=AOvVaw2jUaVHbIjabNef0DWOOJW4) | | | |  |  |
| **Con el equipo:** | | | |  |  |
| Manual de operación/usuario en castellano | | | |  |  |
| Manual de servicio | | | |  |  |
| Manual de partes o | | | |  |  |
| Manual de servicio/usuario y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés Manuales en forma digital. | | | |  |  |
| Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | | |  |  |
| **Mantenimiento** | Deberá realizar CUATRO (4) visitas de mantenimiento preventivo, semestralmente, por 2 años, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y las siguientes cada seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo, para lo cual deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato. | | | |  |  |
|  |  |
| **Capacitación** | El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: | | | |  |  |
| **6 Jornadas** para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:  1. Uso del aparato.  2. Interpretación de los datos en pantalla.  3. Manejo de los resultados para identificación de necesidades de referencia al especialista.  4. Manejo de los diferentes programas de medición auditiva.  5. Cuidado y limpieza del aparato y sus partes. | | | |  |  |
| **1 jornada** de 4 horas para el personal clínico **por grupo, total 3 jornadas**: (Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana con Paracentral; Grupo 3: Región Oriental). | | | |  |  |
| 1 jornada de 4 horas para el personal técnico de mantenimiento **por grupo, total 3 jornadas**: (Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana con Paracentral; Grupo 3: Región Oriental). | | | |  |  |
| El establecimiento y la programación donde serán realizadas las **capacitaciones** será definido previo a coordinación con el **administrador de contrato**. | | | |  |  |
| **Soporte técnico** | La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico y equipo de calibración, con personal entrenado por el fabricante (al menos un técnico certificado) y una experiencia de al menos 2 años (comprobable) en el mantenimiento del equipo ofertado o similares, para garantizar el soporte técnico calificado y cumplir con el programa de capacitación solicitado, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo comprueben: hoja de vida, certificados, entre otros | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO MINSAL** | **CÓDIGO ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **Especificaciones técnicas ofertadas** |
| **3** | **60302362** | **42182405** | **POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS Y EMISIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS CLÍNICO** | **7** | **Marca:** |
| **Modelo:** |  |
| **Producto** | Equipo clínico para medición de agudeza auditiva mediante el uso de potenciales eléctricos programados y emisiones otoacústicas evocadas. | | | |  |  |
|  |  |
| **Características** | Potenciales evocados: ECochG, ABR, MLR, LLR, SN10, P300, MMN, VEMP, ASSR. | | | |  |  |
| Emisiones otoacústicas: DPOAE, TEOAE, SPOAE. | | | |  |  |
| Transductores: | | | |  |  |
| Auriculares de inserción tipo: RadioEar IP30 o similar con rango de frecuencia de 125 Hz a 8000 Hz | | | |  |  |
| Audífonos tipo RadioEar DD45 o similar de 125 a 8000 Hz aproximadamente. | | | |  |  |
| Conductor óseo tipo RadioEar B81 o similar con rango de 250 a 8000 Hz aproximadamente. | | | |  |  |
| Nivel de salida de -10 a 109 dB SPL, aproximadamente | | | |  |  |
| Sonda OAE - con un rango de frecuencia entre los 300 a 12,000 Hz aproximadamente. | | | |  |  |
| Especificaciones del estímulo EP: | | | |  |  |
| Con los siguientes tipos de estímulo: Click, CE-Chirp, Tonos, CE-Chirp bandas de octava, estímulos de habla, archivo del usuario | | | |  |  |
| Duración del Click a 100 µseg. Por defecto (ajustable). | | | |  |  |
| Duración del tono de hasta 500 ms (ajustable). | | | |  |  |
| Tipos de ventanas de tono: rectangular, Hann, Blackman, Gaussiana, trapezoidal, coseno extendido. | | | |  |  |
| Tasa de 0.1 a 100 por segundo. | | | |  |  |
| Polaridad: Rarefacción, condensación y alternación. | | | |  |  |
| Enmascaramiento. Tipo ruido blanco, específico del nivel o relativo al nivel del estímulo. | | | |  |  |
| Especificaciones del amplificador EP: | | | |  |  |
| Con 2 canales. | | | |  |  |
| Con ganancia ajustable entre los 5000 y 200,000. aproximadamente | | | |  |  |
| Con filtros de paso alto y paso bajo. | | | |  |  |
| Tasa de muestreo de 200 a 40,000 Hz aproximadamente, ajustable. | | | |  |  |
| Rechazo de modo común >110 dB a 1 kHz 50/60 Hz. | | | |  |  |
| Impedancia de entrada >10 M Ohm. | | | |  |  |
| Nivel de ruido < 0.27 uV RMS. | | | |  |  |
| Rechazo de artefactos: Nivel ajustable (0-100%) y cualquier región dentro de la ventana de tiempo de análisis | | | |  |  |
| Filtro de frecuencia de línea: 50 o 60 Hz, -12 dB/Octave | | | |  |  |
| Ventana de registro: -2,5 s a 2,5 s (máximo) | | | |  |  |
| Puntos de datos por onda: 1024 | | | |  |  |
| Filtros digitales: Respuesta de impulso finita (FIR), paso de banda y corte | | | |  |  |
| Impedancia del electrodo: - Frecuencia de medición: 1000 Hz - Rango: 1 - 25k Ohm | | | |  |  |
| Especificaciones OAE: | | | |  |  |
| Tasa de muestreo de 40 kHz. | | | |  |  |
| A/D de 16 bit. | | | |  |  |
| Resolución de la frecuencia: DPOAE de 4096 y TEOAE de 1024. | | | |  |  |
| TEOAE Estímulo: Clic de 75 uS Presentación: Tren lineal o no lineal Nivel: 80 dB SPL (definido por el usuario: 40-83 dB SPL) Tasa del estímulo: 1-50/s (definido por el usuario) Rango de frecuencia del estímulo: 250-5000 Hz Frecuencias de análisis: 1000-8000 Hz aproximadamente | | | |  |  |
| DPOAE Estímulo: 2 tonos puros (500-12.000 Hz; inicio, final y relación F2/F1 definidos por el usuario) Niveles: 65/55 (L1, L2 definidos por el usuario, 0-80 dB SPL) Pasos por octava: 1-10 (definidos por el usuario) | | | |  |  |
| Con sus respetivos archivos de licencia perpetua y calibración. | | | |  |  |
| Con cable USB A/B. | | | |  |  |
| 1 juego de auriculares de conducción ósea B81 aproximadamente. | | | |  |  |
| 1 juego de auricular de inserción IP30 de 10 Ohmios. | | | |  |  |
| 1 juego de auriculares DD45s p3045 de 10 Ohmios. | | | |  |  |
| 2 juegos de cable de electrodos a presión de 4 conductores | | | |  |  |
| 2 cables de electrodo de yugo DIN de 5 conductores. | | | |  |  |
| Cable de prueba de bucle invertido | | | |  |  |
| 1 juego de cables de Entrada/Salida digital (para pruebas de eABR) | | | |  |  |
| Kit EP | | | |  |  |
| Módulo de impedancia remota | | | |  |  |
| Sonda OAE | | | |  |  |
| Kit de muestra de oliva para un solo usuario OAE. | | | |  |  |
| Simulador de oído infantil. | | | |  |  |
| Con certificado de calibración del fabricante | | | |  |  |
| **Características Eléctricas** | Con fuente de alimentación interna a 120 VAC, con capacidad de soportar variaciones de tensión del ±10% a 60 Hz. | | | |  |  |
| **Características Mecánicas** | Construido de material resistente a impactos (Material combinado metálico con ABS o similares) y a la corrosión, resistente a líquidos de limpieza de uso hospitalario. | | | |  |  |
| **Accesorios incluidos por producto** | Un Kit de altavoz amplificado SP90A individual. | | | |  |  |
| 300 electrodos de broches desechables | | | |  |  |
| 300 unidades de tubos de sonda. | | | |  |  |
| 10 Kits de 100 unidades de puntas de un solo uso: punta para oído, con brida de 3-5 mm. | | | |  |  |
| 10 Kits de 100 unidades de puntas de un solo uso: punta para oído, brida de 4-7 mm | | | |  |  |
| 10 Kits de 100 unidades de puntas de un solo uso: punta para oído, con brida de 5-8 mm | | | |  |  |
| 3 recipiente de gel para electrodos de mínimo 250 ml | | | |  |  |
| **Estándares y Normativas** | Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485. | | | |  |  |
| Norma IEC 60601-2-37 o equivalente. | | | |  |  |
| Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 o equivalente. | | | |  |  |
| **Garantía** | Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y equipos periféricos. | | | |  |  |
| Vida útil del equipo no menor a 5 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. | | | |  |  |
| El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. | | | |  |  |
| La fecha de fabricación del equipo no deberá ser mayor a doce meses, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo compruebe. | | | |  |  |
| Compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para un período mínimo de 5 años. | | | |  |  |
| **Condiciones de Recepción** | Deberá entregarse en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | | |  |  |
|  |  |
| **Información técnica requerida** | **Con la oferta:** | | | |  |  |
| Catálogo con especificaciones técnicas referencias según folio de la toda la oferta. | | | |  |  |
| Si al momento de presentar la Oferta no se cuenta con el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), será un requisito adjuntar una carta compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | | |  |  |
| Cuando el dispositivo médico requerido es único oferente: En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la SRS. | | | |  |  |
| Los trámites a realizar para obtener el Registro Sanitario se establecen en: | | | |  |  |
| [https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro=guia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion](https://www.google.com/url?q=https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro%3Dguia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion&source=gmail-imap&ust=1752159409000000&usg=AOvVaw2jUaVHbIjabNef0DWOOJW4) | | | |  |  |
| **Con el equipo:** | | | |  |  |
| Manual de operación/usuario en castellano | | | |  |  |
| Manual de servicio | | | |  |  |
| Manual de partes o | | | |  |  |
| Manual de servicio/usuario y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés Manuales en forma digital. | | | |  |  |
| Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | | |  |  |
| **Mantenimiento** | Deberá realizar CUATRO (4) visitas de mantenimiento preventivo, semestralmente, por 2 años, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y las siguientes cada seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo, para lo cual deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato. | | | |  |  |
| **Capacitación** | El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: | | | |  |  |
| uso efectivo del equipo y condiciones adecuadas de operación, fallas más frecuentes, limpieza, mantenimiento preventivo y calibración de usuario. | | | |  |  |
| Deberá presentar programa de capacitación al Administrador de Contrato, a más tardar 2 días posteriores de la entrega del equipo, serán **4 jornadas de capacitación** para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:**:** | | | |  |  |
| 1 jornada de 4 horas para el personal clínico por grupo, **total 2 jornadas**: (Grupo 1: Hospital Regional de Santa Ana y San Rafael (Santa Tecla); Grupo 2: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Regional de San Miguel). | | | |  |  |
| 1 jornada de 4 horas para el personal técnico de mantenimiento por grupo, **total 2 jornadas**: (Grupo 1: Hospital Regional de Santa Ana y San Rafael (Santa Tecla); Grupo2: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Regional de San Miguel). | | | |  |  |
| **Soporte técnico** | La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico y equipo de calibración, con personal entrenado por el fabricante (al menos un técnico certificado) y una experiencia de al menos 2 años (comprobable) en el mantenimiento del equipo ofertado o similares, para garantizar el soporte técnico calificado y cumplir con el programa de capacitación solicitado, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo comprueben: hoja de vida, certificados, entre otros | | | |  |  |
| El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto. | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO MINSAL** | **CÓDIGO ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **Especificaciones técnicas ofertadas** |
| **4** | **60302356** | **42182416** | **TIMPANÓMETRO** | **10** | **Marca:** |
| **Modelo:** |  |
| **Producto** | Equipo electrónico fijo para realizar estudios del oído medio. | | | |  |  |
| **Características** | Con pantalla LCD grafica monocromática de 240x64 o similar. | | | |  |  |
| Con sonda y tono de sondeo de 226 Hz y 1 k Hz para bebés entre 0 y 6 meses. | | | |  |  |
| Modos de timpanometría y Reflejos estapediales: | | | |  |  |
| Tono de sondeo a frecuencia de 226 H ±2%. | | | |  |  |
| Intensidad desde los 85,5 dB SPL a ±2 dB. | | | |  |  |
| Distorsión armónica <3% | | | |  |  |
| Compliancia: | | | |  |  |
| Rango de 0.0 a 1.5 cm³ y 0.0 a 3.0 cm³aproximademte. | | | |  |  |
| Precisión de ±5% O ±0.1 cm³ aproximadamente. | | | |  |  |
| Precisión: | | | |  |  |
| Rango de +200 a -400 daPA aproximadamente | | | |  |  |
| Precisión del ±10 daPa o 15%, la que ofrezca mayor precisión. | | | |  |  |
| Con una tasa de barrido de 600 daPa/seg aproximadamente, excepto cerca del punto máximo del timpanograma aproximadamente. | | | |  |  |
| Con dirección de barrido positivo y negativo. | | | |  |  |
| Con tiempo de prueba de aproximadamente un segundo. | | | |  |  |
| Reflejo: | | | |  |  |
| Frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz. | | | |  |  |
| Precisión del ±3% de preferencia | | | |  |  |
| Tiempos de subida /caída de 5 a 10 ms. | | | |  |  |
| Niveles de salida de 80 a 110 dB HL aproximadamente | | | |  |  |
| Tiempo de prueba de 2 a 12 segundos aproximadamente. | | | |  |  |
| Con sonda combinada- Tonos de sondeo rango aproximado de 226 Hz y 1 kHz: | | | |  |  |
| Modos de timpanometría y Reflejos: | | | |  |  |
| Tono de sondeo de 226 Hz, con frecuencia desde 226 a 1000 Hz ±2 %. Con intensidad de 85.5 dB SPL ±2 dB. Con distorsión armónica <3% | | | |  |  |
| Con tono de sondeo de 1 kHz, frecuencia de 1 kHz ±2%. Intensidad de 75 dB SPL ±2 dB, distorsión armónica de <3% | | | |  |  |
| Con impresora y papel térmico de 4 pulgadas de ancho o superior. | | | |  |  |
| Paquete de almohadillas para los oídos, estilo plano, con 7 tamaños de 8 a 20 mm. | | | |  |  |
| Cable USB A/B de por lo menos 2 metros de largo. | | | |  |  |
| Sonda combinada. | | | |  |  |
| 3 Kit de reemplazo de tubos | | | |  |  |
| Conjunto de montaje de hombro de sonda, y conjunto de montaje de muñeca para sonda, o sistema de montaje equivalente. | | | |  |  |
| Con software de base de datos para la computadora de trabajo. | | | |  |  |
| Con certificado de calibración del fabricante | | | |  |  |
| **Características Eléctricas** | Voltaje: fuente de alimentación a 120 VAC, con capacidad de tolerar variaciones del +/- 10% | | | |  |  |
| Frecuencia: 60 Hz. | | | |  |  |
| Toma corriente macho grado hospitalario polarizado. | | | |  |  |
| **Características Mecánicas** | Construcción resistente a golpes y corrosión, resistente a líquidos de limpieza de uso hospitalario. | | | |  |  |
| **Accesorios incluidos por producto** | Impresora térmica de 4 pulgadas o superior. | | | |  |  |
| Conjunto de sonda combinada de 226 Hz y 1 k Hz. | | | |  |  |
| Módulo de carga de alimentación eléctrica más cable de alimentación. | | | |  |  |
| Con cavidad de prueba. | | | |  |  |
| Puntas auditivas (sonda), 1 caja estándar. | | | |  |  |
| Papel térmico, 20 rollos de papel de 4 pulgadas superior según impresora térmica ofrecida. | | | |  |  |
| Puntas auditivas (contra), 1 caja estándar. | | | |  |  |
| Un audífono contra. | | | |  |  |
| Puntas auditivas (8 mm, 50 c/u) sonda combinada únicamente. | | | |  |  |
| Sonda de montaje en el hombro, sonda combinada únicamente. | | | |  |  |
| 5 Kit de limpieza de sonda, sonda combinada únicamente. | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas amarillas de un solo uso, de 3-6 mm para neonatos | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas rojas de un solo uso, de 4 mm para neonatos | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas azules de un solo uso, de 5 mm para neonatos | | | |  |  |
| 300 unidades de puntas verdes de un solo uso, de 6 mm para pacientes pediátricos | | | |  |  |
| **Estándares y Normativas** | Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 o equivalente. | | | |  |  |
| Norma IEC 60601-2-37 o equivalente. | | | |  |  |
| IEC 60645-5 Impedancia acústica auditiva (tipo 3) o equivalente. | | | |  |  |
| **Garantía** | Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y equipos periféricos. | | | |  |  |
| Vida útil del equipo no menor a 5 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. | | | |  |  |
| El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. | | | |  |  |
| La fecha de fabricación del equipo no deberá ser mayor a doce meses, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo compruebe. | | | |  |  |
| Compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para un período mínimo de 5 años. | | | |  |  |
| **Condiciones de Recepción** | Deberá entregarse a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | | |  |  |
|  |  |
| **Condiciones de Instalación** | El equipo debe quedar funcionando correctamente con sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato. | | | |  |  |
| **Información técnica requerida** | **Con la oferta:**  Catálogo con especificaciones técnicas referencias según folio de la toda la oferta.  Si al momento de presentar la Oferta no se cuenta con el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), será un requisito adjuntar una carta compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto.  Cuando el dispositivo médico requerido es único oferente: En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con, Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la SRS.  Los trámites a realizar para obtener el Registro Sanitario se establecen en: [https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro=guia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion](https://www.google.com/url?q=https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro%3Dguia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion&source=gmail-imap&ust=1752159409000000&usg=AOvVaw2jUaVHbIjabNef0DWOOJW4)  **Con el equipo:**  Manual de operación/usuario en castellano  Manual de servicio  Manual de partes o  Manual de servicio/usuario y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés Manuales en forma digital.  Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | | |  |  |
| **Mantenimiento** | Deberá realizar CUATRO (4) visitas de mantenimiento preventivo, semestralmente, por 2 años, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y las siguientes cada seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo, para lo cual deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato. | | | |  |  |
| **Capacitación** | El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá:  Uso efectivo del equipo y condiciones adecuadas de operación, fallas más frecuentes, limpieza, mantenimiento preventivo y calibración de usuario Deberá presentar programa de capacitación al Administrador de Contrato, a más tardar 2 días posteriores de la entrega del equipo, será:   1. **jornadas de capacitación** para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:**:**   -Una jornada de 4 horas para el personal clínico por grupo: (Grupo 1: Hospital Regional de Santa Ana y San Rafael (Santa Tecla);  -Una jornada de 4 horas para el personal del Grupo 2: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Regional de San Miguel. | | | |  |  |
| **Soporte técnico** | La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico y equipo de calibración, con personal entrenado por el fabricante (al menos un técnico certificado) y una experiencia de al menos 2 años (comprobable): hoja de vida, certificados, entre otros en el mantenimiento del equipo ofertado o similares, para garantizar el soporte técnico calificado y cumplir con el programa de capacitación solicitado, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo comprueben. El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto. | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO MINSAL** | **CÓDIGO ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **Especificaciones técnicas ofertadas** |
| **5** | **60306200** | **42182005** | **VIDEO OTOSCOPIO** | **37** | **Marca:**  **Modelo:** |
| **Producto** | Equipo diseñado para obtener imágenes digitales rápidas del pabellón auricular, el canal auditivo externo y el tímpano. Con visualización durante el examen para ayudar en la educación del paciente y que permita la documentación de las imágenes. | | | |  |
| **Característica** | Sensor de imagen: sensor de color alto de 1/10" aproximadamente. | | | |  |
| Diámetro de la cámara: 4,2 mm aproximadamente | | | |  |
| Tamaño de píxel: 2,25 μm x 2,25 μm aproximadamente | | | |  |
| Espéculos: tipo Heine | | | |  |
| Elemento de imagen efectivo: 648 (H) X488 (V) aproximadamente | | | |  |
| AGC: Automático | | | |  |
| AES: Automático | | | |  |
| AWB: Rango dinámico automático: 68 dB Relación señal/ruido: 37 dB Construcción de la lente: 1G + 2P + IR Lente F/NO: F3.8 | | | |  |
| Ángulo de visión de la lente (Fov): Fov (D) 60 ° + -5 ° | | | |  |
| Profundidad de campo: 10 mm - 30 mm | | | |  |
| Fuente de luz de por lo menos6 piezas LED de color blanco altamente luminoso | | | |  |
| Sistema de salida: tipo USB o similar, | | | |  |
| Consumo de energía de salida: 0.5W aproximadamente | | | |  |
| Temperatura de funcionamiento: -10 °C a +35 °C aproximadamente | | | |  |
| Humedad de funcionamiento: 30% ~ 90% Rh aproximadamente | | | |  |
| Distorsión de TV: < 5% aproximadamente | | | |  |
| Con capacidad para trasladar imágenes al ordenador | | | |  |
| Se deberá proporcionar software a PC para guardar y mostrar archivos de pruebas realizadas, compatible con Windows 10 o superior. | | | |  |
| Con modo de funcionamiento continuo. | | | |  |
| **Características Eléctricas** | Voltaje: Conexión directa del puerto USB 5VDC del PC. | | | |  |
| Entrada de energía: DC 3.6 ~ 5V, o fuente recomendada por el fabricante. | | | |  |
| **Características Mecánicas** | Resistente a golpes y a la corrosión.  De fácil limpieza con productos de uso hospitalario. | | | |  |
| **Accesorios incluidos por producto** | Con mínimo 200 espéculos plásticos de cada uno de 2.5 mm y 4 mm aproximadamente para paciente recién nacidos y pediátrico. | | | |  |
| **Estándares y Normativas** | Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485. | | | |  |
| Norma IEC 60601-2-37 o equivalente. | | | |  |
| **Garantía** | Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y equipos periféricos. | | | |  |
| Vida útil del equipo no menor a 5 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. | | | |  |
| El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. | | | |  |
| La fecha de fabricación del equipo no deberá ser mayor a doce meses, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo compruebe. | | | |  |
| Compromiso por escrito del suministrante en contar con existencias de repuestos y accesorios para un período mínimo de 5 años. | | | |  |
| **Condiciones de Recepción** | Deberá entregarse a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | | |  |
|  |  |
| **Información técnica requerida** | **Con la oferta:** | | | |  |  |
| Catálogo con especificaciones técnicas referencias según folio de la toda la oferta. | | | |  |  |
| Si al momento de presentar la Oferta no se cuenta con el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), será un requisito adjuntar una carta compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | | |  |  |
| Cuando el dispositivo médico requerido es único oferente: En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la SRS. | | | |  |  |
| Los trámites a realizar para obtener el Registro Sanitario se establecen en: | | | |  |  |
| [https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro=guia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion](https://www.google.com/url?q=https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro%3Dguia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion&source=gmail-imap&ust=1752159409000000&usg=AOvVaw2jUaVHbIjabNef0DWOOJW4) | | | |  |  |
| **Con el equipo:** | | | |  |  |
| Manual de operación/usuario en castellano | | | |  |  |
| Manual de servicio | | | |  |  |
| Manual de partes o | | | |  |  |
| Manual de servicio/usuario y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés Manuales en forma digital. | | | |  |  |
| Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | | |  |  |
| **Mantenimiento** | Deberá realizar CUATRO (4) visitas de mantenimiento preventivo, semestralmente, por 2 años, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y las siguientes cada seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo, para lo cual deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato. | | | |  |  |
|  |  |
| **Capacitación** | El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: | | | |  |  |
| uso efectivo del equipo y condiciones adecuadas de operación, fallas más frecuentes, limpieza, mantenimiento preventivo. Deberá presentar programa de capacitación al Administrador de Contrato, a más tardar 2 días posteriores de la entrega del equipo, serán | | | |  |  |
| **5 jornadas de capacitación:** | | | |  |  |
| 1 jornada de 4 horas para el personal clínico por cada grupo (Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana con Paracentral; Grupo 3: Región Oriental), **total 3 jornadas** | | | |  |  |
| 1 jornada de 4 horas para el personal técnico de mantenimiento por cada grupo (Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana con Paracentral y Región Oriental), **total 2 jornadas.** | | | |  |  |
| **Soporte técnico** | La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico y equipo de calibración, con personal entrenado por el fabricante (al menos un técnico certificado) y una experiencia de al menos 2 años (comprobable) en el mantenimiento del equipo ofertado o similares, para garantizar el soporte técnico calificado y cumplir con el programa de capacitación solicitado, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo comprueben: hoja de vida, certificados, entre otros | | | |  |  |
| El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto. | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO MINSAL** | **CÓDIGO ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **Especificaciones técnicas ofertadas** |
| **Marca:** |  |
| **6** | **60302355** | **42182401** | **AUDIÓMETRO** | **10** | **Modelo:** |  |
| **Producto** | Equipo que permita exploraciones por vía aérea y, ósea, con facilidad de enmascaramiento en vía aérea. Debe contar con un circuito amplificador para la audiometría verbal. Con posibilidad de pruebas supra liminares. | | | |  |  |
| **Características** | Audiómetro que permite enmascaramiento contralateral | | | |  |  |
| Frecuencia Vía aérea de 125 Hz a 8,000 Hz aproximadamente | | | |  |  |
| Frecuencia Vía ósea de 250 Hz a 8,000 Hz aproximadamente | | | |  |  |
| Campo de sonido de 125 a 8,000 Hz aproximadamente | | | |  |  |
| Audífonos insertables apareados de 125 a 8,000 Hz aproximadamente. | | | |  |  |
| Audífonos insertables apareados de 125 a 8,000 Hz aproximadamente. | | | |  |  |
| Precisión de la frecuencia del ±1% | | | |  |  |
| Distorsión armónica total <2% (audífonos y audífonos insertables apareados) y <5% (vibrador óseo). | | | |  |  |
| Rango de nivel auditivo: | | | |  |  |
| Vía aérea de -10 dB HL - 120 dB HL aproximadamente. | | | |  |  |
| Vía ósea (B81): -10 dB HL- 90 dB HL (mastoides) y -10 dB HL – 80 dB HL (frente) aproximadamente. | | | |  |  |
| Campo de sonido: -10 dB HL – 90 dB HL (altavoces amplificados) y -10 dB HL – 102 dB HL (amplificador externo y altavoces de alto rendimiento) aproximadamente. | | | |  |  |
| Audífonos insertables apareados de material de goma flexible, entre medidas pediátrico y adolescente: -10 dB HL – 120 dB HL, aproximadamente | | | |  |  |
| Rango de intensidad de enmascaramiento (calibrado en enmascaramiento efectivo). | | | |  |  |
| Formato de Señal: | | | |  |  |
| Continua: tono continuamente presente. | | | |  |  |
| Pulsada: tono pulsado de 200 ms (encendido), 200 ms (apagado). | | | |  |  |
| FM: Tasa de modulación a 5Hz profundidad de modulación ±5% | | | |  |  |
| Voz: micrófono para pruebas de voz en vivo y comunicaciones. | | | |  |  |
| Rango de nivel auditivo: vía aérea de -10 dB HL – 100 dB HL aproximadamente; vía ósea -10 dB HL – 60 dB HL (mastoides), -10 dB HL -50 dB HL (frente) aproximadamente; campo de sonido de -10 dB HL – 90 dB HL (altavoces amplificados) aproximadamente; audífonos insertables apareados de -10 dB HL -95 dB HL aproximadamente. | | | |  |  |
| Ruido de voz: vía aérea de -10 dB HL – 95 dB HL aproximadamente; vía ósea de -10 dB hl – 50 db HL (mastoides) aproximadamente, -10 dB HL – 50 dB HL (frente) aproximadamente. | | | |  |  |
| Ruido blanco: vía aérea de -10 dB HL – 60 dB HL (mastoides) aproximadamente, -10 dB HL – 50 Db HL (frente) aproximadamente. | | | |  |  |
| El equipo deberá contar con la posibilidad de llevar a cabo al menos cuatro (4) de las siguientes pruebas: ABLB, SISI, Audiometría de alta frecuencia, TEN Test, QuickSIN, BKB-SIN, Decadencia de tono.. | | | |  |  |
| El equipo deberá contar con la posibilidad de llevar a cabo al menos dos (2) de las siguientes pruebas especiales: Lombard Test, Stenger de tonos puros, Stenger de habla o SAL. | | | |  |  |
| Comunicación retorno de paciente y monitorización. | | | |  |  |
| Interruptor manual de respuesta. | | | |  |  |
| Monitor de auriculares con micrófono. | | | |  |  |
| Auriculares de inserción IP30 de 10 Ohmios | | | |  |  |
| Con 1 juego de auriculares de conducción de vía aérea. | | | |  |  |
| Conjunto de vibrador óseo B81 de 10 Ohmios. | | | |  |  |
| Teclado y ratón inalámbrico | | | |  |  |
| Cable USB A/B de por lo menos 2 metros. | | | |  |  |
| Almohadillas para auriculares de monitor con micrófono (2) de goma flexible. | | | |  |  |
| Con protector antiviento para micrófono. | | | |  |  |
| Con paño de limpieza | | | |  |  |
| Con certificado de calibración del fabricante | | | |  |  |
| **Características Eléctricas** | Voltaje: 120 VAC, con capacidad de tolerar variaciones del +/- 10% | | | |  |  |
| Frecuencia: 60 Hz. | | | |  |  |
| Toma corriente macho grado hospitalario polarizado. | | | |  |  |
| **Características Mecánicas** | De sobremesa y ergonómico. | | | |  |  |
| Construido con materiales resistentes a golpes (estructura combinada metal y ABS, o sistema similar) y resitente a corrosión y a liquidos de limpieza de uso hospitalario. | | | |  |  |
| **Accesorios incluidos por producto** | Cable de conexión USB o superior a PC según especifique fabricante. | | | |  |  |
| maletín de fábrica para su transporte y resguardo. | | | |  |  |
| 2 cable de conexión de 6 pies, rojo | | | |  |  |
| 2 cable de conexión de 6 pies azul. | | | |  |  |
| 2 cable de conexión de 6 pies negro. | | | |  |  |
| Micrófono de respuesta (EM400) | | | |  |  |
| Con funda de protección para su resguardo. | | | |  |  |
| Un Interruptor manual de respuesta extra. | | | |  |  |
| Con 1 juego de auriculares de conducción de vía aérea extra. | | | |  |  |
| **Estándares y Normativas** | Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485. | | | |  |  |
| Norma IEC 60601-2-37 o equivalente. | | | |  |  |
| Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 o equivalente. | | | |  |  |
| **Garantía** | Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y equipos periféricos. | | | |  |  |
| Vida útil del equipo no menor a 5 años, en documento extendido y firmado por el fabricante. | | | |  |  |
| El equipo entregado deberá ser completamente nuevo, no deberá haberse utilizado en demostraciones o eventos similares. | | | |  |  |
| La fecha de fabricación del equipo no deberá ser mayor a doce meses, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo compruebe. | | | |  |  |
| Compromiso por escrito del suministrante de contar con existencias de repuestos y accesorios para un período mínimo de 5 años. | | | |  |  |
| **Condiciones de Recepción** | Deberá entregarse en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | | |  |  |
|  |  |
| **Condiciones de Instalación** | El equipo debe quedar funcionando correctamente con sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato. | | | |  |  |
| **Información técnica requerida** | **Con la oferta:** | | | |  |  |
| Catálogo con especificaciones técnicas referencias según folio de la toda la oferta. | | | |  |  |
| Si al momento de presentar la Oferta no se cuenta con el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), será un requisito adjuntar una carta compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | | |  |  |
| Cuando el dispositivo médico requerido es único oferente: En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con Superintendencia de Registro Sanitario (SRS), requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la SRS. | | | |  |  |
| Los trámites a realizar para obtener el Registro Sanitario se establecen en: | | | |  |  |
| [https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro=guia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion](https://www.google.com/url?q=https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro%3Dguia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion&source=gmail-imap&ust=1752159409000000&usg=AOvVaw2jUaVHbIjabNef0DWOOJW4) | | | |  |  |
| **Con el equipo:** | | | |  |  |
| Manual de operación/usuario en castellano | | | |  |  |
| Manual de servicio | | | |  |  |
| Manual de partes o | | | |  |  |
| Manual de servicio/usuario y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés Manuales en forma digital. | | | |  |  |
| Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | | |  |  |
| **Mantenimiento** | Deberá realizar CUATRO (4) visitas de mantenimiento preventivo, semestralmente, por 2 años, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y las siguientes cada seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo, para lo cual deberá presentar programa de visitas y ser aprobado por el administrador de contrato. | | | |  |  |
|  |  |
| **Capacitación** | El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: | | | |  |  |
| uso efectivo del equipo y condiciones adecuadas de operación, fallas más frecuentes, limpieza, mantenimiento preventivo. | | | |  |  |
| Deberá presentar programa de capacitación al Administrador de Contrato, a más tardar 2 días posteriores de la entrega del equipo, serán | | | |  |  |
| **4 jornadas de capacitación** para el personal clínico (35 personas) y personal de mantenimiento (30 personas), que comprendan:**:** | | | |  |  |
| 1 jornada de 4 horas para el personal clínico por cada grupo (Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana y Región Oriental), **total 2 jornadas.** | | | |  |  |
| 1 jornada de 4 horas para el personal técnico de mantenimiento por cada grupo (Grupo 1: Región Occidental con Central; Grupo 2: Región Metropolitana y Región Oriental), **total 2 jornadas.** | | | |  |  |
| El establecimiento y la programación donde serán realizadas las **capacitaciones** será definido previo a coordinación con el administrador de contrato. | | | |  |  |
| **Soporte técnico** | La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico y equipo de calibración, con personal entrenado por el fabricante (al menos un técnico certificado) y una experiencia de al menos 2 años (comprobable) en el mantenimiento del equipo ofertado o similares, para garantizar el soporte técnico calificado y cumplir con el programa de capacitación solicitado, para lo cual deberá presentar la documentación correspondiente que lo comprueben: hoja de vida, certificados El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto. | | | |  |  |

1. El monto de la Fianza debe expresarse en la moneda del País del Comprador o en una moneda internacional de libre convertibilidad. [↑](#footnote-ref-1)