Sección IV. Formularios de la Oferta

**Índice de Formularios**

[Carta de la Oferta 65](#_Toc136871144)

[Formulario de Información sobre el Licitante 68](#_Toc136871145)

[Formulario de información sobre los miembros de la APCA 69](#_Toc136871146)

[Declaración de Desempeño sobre Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx) 70](#_Toc136871147)

Lista de precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador que se importarán ……………….71

Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador, ya importados………….75

Lista de Precios: Bienes fabricados en el país del Comprador………………………………76

Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos………………………………...77

[Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta (Garantía bancaria) 79](#_Toc136871152)

[Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta (Fianza) 81](#_Toc136871153)

[Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta …83](#_Toc136871154)

[Autorización del Fabricante](#_Toc136871155) 85

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 7: PRUEBA GENÉTICA PARA DETECTAR ENFERMEDADES CRÓNICAS POR MICROARREGLOS** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) el uso del equipo y aplicación de pruebas | |  |  | **6 jornadas de capacitación:**  6 jornada de 8 horas para el personal de laboratorio clínico. |  |  |
| 2 | **LOTE 15: CABINA DE FLUJO LAMINAR HORIZONTAL** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | |  |  | **1 jornada de capacitación:**  1 jornada de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica. |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **2 mantenimientos:**  Es decir, deberá realizar DOS (2) visitas de mantenimiento preventivo semestral por 1 año, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y la siguiente seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo. |  |  |
|  | Instalación | |  |  | **1 servicio de instalación** |  |  |
| 3 | **LOTE 16:** BAÑO DE MARÍA DE ACERO INOXIDABLE PARA ENSAYOS MICROBIOLÓGICOS | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | |  |  | **1 jornada de capacitación:**  1 jornada de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica. |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **2 mantenimientos:**  Es decir, deberá realizar DOS (2) visitas de mantenimiento preventivo semestral por 1 año, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y la siguiente seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo. |  |  |
|  | Instalación | |  |  | **1 servicio de instalación** |  |  |
| 4 | **LOTE 17: BOMBA DE SUCCIÓN** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | |  |  | **1 jornada de capacitación:**  1 jornada de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica. |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **2 mantenimientos:**  Es decir, deberá realizar DOS (2) visitas de mantenimiento preventivo semestral por 1 año, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y la siguiente seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo. |  |  |
|  | Instalación | |  |  | **1 servicio de instalación** |  |  |
| 5 | **LOTE 18: BASE DE CALENTAMIENTO CON AGITADOR MAGNÉTICO** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | |  |  | **1 jornada de capacitación:**  1 jornada de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica. |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **2 mantenimientos:**  Es decir, deberá realizar DOS (2) visitas de mantenimiento preventivo semestral por 1 año, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y la siguiente seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo. |  |  |
|  | Instalación | |  |  | **1 servicio de instalación** |  |  |
| **6** | **LOTE 19:** **CÁMARA ESTRACTORA DE GASES** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | |  |  | **1 jornada de capacitación:**  1 jornada de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica. |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **2 mantenimientos:**  Es decir, deberá realizar DOS (2) visitas de mantenimiento preventivo semestral por 1 año, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y la siguiente seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo. |  |  |
|  | Instalación | |  |  | **1 servicio de instalación** |  |  |
| 7 | **LOTE 20: CENTRIFUGA DE MESA** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | |  |  | **1 jornada de capacitación:**  1 jornada de 2 horas para el personal de laboratorio y biomédica. |  |  |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | |  |  | **2 mantenimientos:**  Es decir, deberá realizar DOS (2) visitas de mantenimiento preventivo semestral por 1 año, la primera seis meses después de recibido el equipo según conste en el acta de recepción, y la siguiente seis meses posteriores al primer mantenimiento preventivo. |  |  |
|  | Instalación | |  |  | **1 servicio de instalación** |  |  |
| **10** | **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].*

PARTE 2. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos

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) | [**94**](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) | [**104**](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) | [**107**](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) | [**147**](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) | [**149**](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 | ARTÍCULO 1: RPMI 1640 MEDIO DE CULTIVO CELULAR 1X LÍQUIDO LIBRE DE FOLATOS CON ROJO DE FENOL Y L-GLUTAMINA, SIN ÁCIDO FÓLICO, SE SOLICITA FRASCO 500 MILILITROS | 60 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 60 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 2: RPMI 1640 MEDIO DE CULTIVO CELULAR 1X LÍQUIDO CON 25mM HEPES BUFER Y L-GLUTAMINA, FRASCO 100 MILILITROS | 60 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 60 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 3: PHYTOHEMAGLUTINA, FORMA M, PHA LÍQUIDA O LIOFILIZADA, FRASCO 10 MILILITRO | 75 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
|  | 75 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 4: L-GLUTAMINA (C5H10N203), 200 MM 100X LÍQUIDA O LIOFILIZADA PH (4.7-5.6) PARA CULTIVO CELULAR, FRASCO POR 20 ML | 18 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 18 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 5: COLCHINA 10MG/ML EN SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA DE HANKS, PARA CULTIVO CELULAR, FRASCO 10 MILIGRAMOS | 75 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 75 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín, Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 6: CLORURO DE POTASIO (KCl) SOLUCION 0.075M, FRASCO (100 - 500) MILILITROS | 75 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 75 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 7: SUERO BOVINO FETAL PARA CULTIVO CELULAR, CERTIFICADO, FRASCO (250 - 500) MILILITROS | 60 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 60 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 8: SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA DE HANKS, 1X LIQUIDA SIN CLORURO DE CALCIO, CLORURO DE MAGNESIO, FRASCO 500 MILILITROS | 36 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 36 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 9: BUFFER FOSFATO SALINO DULBECCOS, CONCENTRACIÓN 1X, LIQUIDO QUE NO CONTENGA CLORURO DE CALCIO Y CLORURO DE CALCIO Y CLORURO DE MAGNESIO,FRASCO (100-500) MILILITROS | 18 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 18 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 10: GIEMSA,SOLUCIÓN MADRE TIPO GURR R66 PARA TINCIÓN BANDAS G EN CROMOSOMÁS,FRASCO 100 MILILITROS,PROTEGIDO A LA LUZ | 15 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 15 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 11: TABLETA BUFFER TIPO GURR PH 6.8 APROXIMADAMENTE, 1 XL, SE SOLICITA FRASCO 50 TABLETAS | 9 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *80 días posterior a la distribución del contrato* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| ARTÍCULO 12: TRIPSINA EN POLVO 1:250, FRASCO 100 GRAMOS | 3 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *80 días posterior a la distribución del contrato* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 2 | ACIDO ACETICO GLACIAL (C2H4O2), GRADO REACTIVO ACS, FRASCO (2.5 - 4) LITROS | 20 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 19 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 3 | METANOL NÚMERO DE CAS 67-56-1, PARA ANÁLISIS, FRASCO (1-5) LITROS | 39 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 39 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 4 | ALCOHOL ETÍLICO ABSOLUTO O ALCOGOL ANHIDRO (C2H60), GRADO REACTIVO ACS, PUREZA NO MENOR DE 99.8%, FRASCO (1-2.5) LITRO | 9 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *80 días posterior a la distribución del contrato* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 5 | ACEITE DE INMERSIÓN, INDICE DE REFRACCIÓN N20/D (1.515-1.518), VISCOCIDAD (100-150) APROXIMADAMENTE, CALIDAD ANALITICA, FRASCO DE 500 MILILITROS | 6 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 6 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 6 | TUBOS DE ENSAYO DE POLIETILENO 12X75 MILIMETROS, CON TAPÓN | 750 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 750 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega 120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 7 | PRUEBA GENÉTICA PARA DETECTAR ENFERMEDADES CRÓNICAS POR MICROAREGLOS | 1295 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 1295 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Reactivos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega 120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 8 | TUBO AL VACIO, CON HEPARINA SODICA, CAPACIDAD (3 - 4) MILILITROS | 1500 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 1500 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega 120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 9 | TUBO CONICO DE POLIESTIRENO (120 X 17) MILIMETROS, CON TAPON DE ROSCA, GRADUADO, CAPACIDAD 15 MILILITROS. | 2250 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 2250 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega 120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 10 | LÁMINA O LAMINILLA DE VIDRIO CUBRE OBJETO (24X 50) MILÍMETROS, N°1, CAJA (1-4) ONZAS | 30 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 30 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega 120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 11 | LÁMINA PORTA OBJETO,(76X26) MÍLIMETROS, ESPESOR 1 MÍLIMETRO, EXTREMO MATE O NEVADO, CAJA DE 50 UNIDADES. | 105 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 105 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 12 | PIPETA SEROLOGICA DE VIDRIO BOROSILICATO, CAPACIDAD 1 MILILITRO,GRADUADA CON ESCALA (1-10) MILILITROS, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL. | 11 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 10 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 13 | PIPETA SEROLÓGIA DE VIDRIO BOROSILICATO, CAPACIDAD ,10 MILILITROS GRADUADA CON ESCALA (2/10) MILILITROS, ESTÉRIL, EMPAQUE INDIVIDUAL | 9 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Primera entrega*  *80 días posterior a la distribución del contrato* | *Primera entrega*  *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 9 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *Segunda entrega*  *110 días posterior a la primera entrega* | *Segunda entrega*  *120 días posterior a la primera entrega* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 14 | PIPETA SEROLOGICA DE VIDRIO BOROSILICATO, CAPACIDAD 25 MILILITROS, GRADUADA CON ESCALA (2/10) MILILITROS, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL . | 15 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Almacén de Insumos Médicos.* | *80 días posterior a la distribución del contrato* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 15 | CABINA DE FLUJO LAMINAR HORIZONTAL | 1 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 16 | BAÑO DE MARIA DE ACERO INOXIDABLE PARA ENSAYOS MICROBOLÓGICOS | 1 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 17 | BOMBA DE SUCCIÓN | 1 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 18 | BASE DE CALENTAMIENTO CON AGITADOR MAGNÉTICO | 1 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 19 | CAMARA ESTRACTORA DE GASES | 1 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *120 días posterior a la distribución del contrato* | *[Indique el número de días meses ofertado].* |
| 20 | CENTRIFUGA DE MESA | 1 | C/U | *Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Anexo Área de Citogenética.* | *90 días posterior a la distribución del contrato* | *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** | **LOTE 7: PRUEBA GENÉTICA PARA DETECTAR ENFERMEDADES CRÓNICAS POR MICROARREGLOS** |  |  |  |  |
|  | Capacitación para el personal de clínico (apróximadamente 10 personas) sobre el uso del equipo y aplicación de pruebas | **6** | **jornada de capacitación de 8 horas** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
| 2 | **LOTE 15: CABINA DE FLUJO LAMINAR HORIZONTAL** |  |  |  |  |
|  | Capacitación para el personal de laboratorio y biomédica (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | **1** | **jornada de capacitación de 4 horas** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **2** | **mantenimiento** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Dos anuales, durante un año |
|  | Instalación | **1** | **servicio de instalación** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
| 3 | **LOTE 16: BAÑO DE MARÍA DE ACERO INOXIDABLE PARA ENSAYOS MICROBIOLÓGICOS** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédica (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | **1** | **jornada de capacitación de 4 horas** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **2** | **mantenimiento** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Dos anuales, durante un año |
|  | Instalación | **1** | **servicio de instalación** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
| 4 | **LOTE 17: BOMBA DE SUCCIÓN** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédica (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | **1** | **jornada de capacitación de 4 horas** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **2** | **mantenimiento** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Dos anuales, durante un año |
|  | Instalación | **1** | **servicio de instalación** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
| **5** | **LOTE 18: BASE DE CALENTAMIENTO CON AGITADOR MAGNÉTICO** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones que comprendan para el personal de laboratorio y biomédica (apróximadamente 10 personas): uso, limpieza y mantenimiento preventivo del equipo | **1** | **jornada de capacitación de 4 horas** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **2** | **mantenimiento** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Dos anuales, durante un año |
|  | Instalación | **1** | **servicio de instalación** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
| **6** | **LOTE 19:** **CÁMARA ESTRACTORA DE GASES** |  |  |  |  |
|  | Capacitación para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso y mantenimiento preventivo del equipo | **1** | **jornada de capacitación de 4 horas** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **2** | **mantenimiento** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Dos anuales, durante un año |
|  | Instalación | **1** | **servicio de instalación** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
| **7** | **LOTE 20: CENTRIFUGA DE MESA** |  |  |  |  |
|  | Capacitaciones para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas) que comprendan: uso, limpieza y mantenimiento preventivo del equipo | **1** | **jornada de capacitación de 2 horas** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
|  | Mantenimiento preventivo semestral | **2** | **mantenimiento** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Dos anuales, durante un año |
|  | Instalación | **1** | **servicio de instalación** | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | Al entregar el equipo |
| **8** | **AGENTE ADUANAL (servicio conexo aplicará para los bienes a ser importados)** | **1** | **c/u** |  |  |

* + - 1. Especificaciones Técnicas

| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO 1** | **30104800** | **41116157** | **RPMI 1640 MEDIO DE CULTIVO CELULAR 1X LIQUIDO LIBRE DE FOLATOS CON ROJO DE FENOL Y L-GLUTAMINA, SIN ACIDO FOLICO, FRASCO 500 MILILITROS** | **120**  **FRASCOS** |
| **Producto** | | Medio enriquecido utilizado para la siembra de linfocitos en sangre periférica para la obtención de cromosomas en metafase para la elaboración de cariotipos en sangre periférica y sangre de cordón. | | |
| **Características** | | * Desarrollado para el cultivo de células humanas en suspensión * Liquido nutritivo que favorezca la viabilidad celular en muestras biológicas * Libre de folatos con rojo de fenol * Sin ácido fólico. * Con L-Glutamina. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Los reactivos serán entregados en el área de Citogenética en el anexo del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 2° C a -8° C durante su manejo, transporte y recepción. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO 2** | **30104788** | **41116157** | **RPMI 1640 MEDIO DE CULTIVO CELULAR 1X LIQUIDO CON 25mM HEPES BUFFER Y L-GLUTAMINA, FRASCO 100 MILILITRO** | **120**  **FRASCOS** |
| **Producto** | | Medio enriquecido utilizado para la siembra de linfocitos en sangre periférica para la obtención de cromosomas en metafase para la elaboración de cariotipos en sangre periférica y sangre de cordón. | | |
| **Características** | | * Apto para utilizar en cultivo celular * Cultivo de leucocitos humanos * Cultivo de células B y células T * Debe contener hepes buffer y L-Glutamina | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Los reactivos serán entregados en el área de Citogenética en el anexo del Hospital Nacional De Niños Benjamín Bloom. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 2° C - 8° C. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 3** | **30104784** | **41116113** | **PHYTOHEMAGLUTININA, FORMA M, PHA LIQUIDA O LIOFILIZADA, FRASCO 10 MILILITROS** | **150**  **FRASCOS** |
| **Producto** | | Es una lectina ampliamente distribuida en las legumbres y en algunas oleoginosas incluida la soja, hace que los glóbulos rojos se agrupen y que los linfocitos de multipliquen, es una proteína que reconoce carbohidratos y se caracteriza por su habilidad para combinarse con receptores de membrana de gran+, estimulador de la mitosis en los linfocitos humanos | | |
| **Características** | | * Proteína que reconozca carbohidratos y se combine con receptores de membrana gram+. * Aglutina eritrocitos y glóbulos blancos. * Que estimule la proliferación de las células B y células T. * Para utilizar en el protocolo de preparación de células en cultivo para realizar cariotipos * Inductor de la mitosis. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Los reactivos serán entregados en el área de Citogenetica en el anexo del Hospital Nacional De Niños Benjamín Bloom. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre -5° C a -20° C durante su manejo, transporte y recepción. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso cuando las fechas de vencimiento del producto sean menor a la requerida. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 4** | **30101642** | **41116155** | **L-GLUTAMINA (C5H10N2O3), 200 Mm100x LIQUIDA O LIOFILIZADA Ph (4.7 - 5.6) PARA CULTIVO CELULAR, FRASCO 20 MILILITROS** | **36**  **FRASCOS** |
| **Producto** | | Estimulador del crecimiento células con alta demanda energética, sintetizador de grandes cantidades de proteína y ácidos nucleicos, fuente de energía para células en división. | | |
| **Características** | | * Aminoácido esencial. * Proveniente de proteínas hidrolizadas del gluten. * Estimulador del crecimiento celular. * Que sintetice cantidades grandes de proteínas y ácidos nucleicos. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses a un año. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre -5° C a -20° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el área de Citogenetica en el anexo del Hospital Nacional De Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos  El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 5** | **30104632** | **41116157** | **COLCHICINA 10 mg /mL EN SOLUCION SALINA BALANCEADA DE HANKS, PARA CULTIVO CELULAR, FRASCO 10 MILIGRAMOS** | **150**  **FRASCOS** |
| **Producto** | | Inhibidor mitótico el cual tiene como función detener la división celular en la metafase por medio de la destrucción del uso mitótico para la elaboración de cariotipos. | | |
| **Características** | | * Inhibidor mitótico que bloqueé la multiplicación celular, procesos mitóticos y meióticos. * Alcaloide que provenga de la especie COLCHICUM AUTOMALE. * Frasco presentación 10 miligramos | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 2° C a 8° C. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 6** | **30101420** | **41116105** | **CLORURO DE POTASIO (KCl) SOLUCION 0.075M, FRASCO (100 - 500) MILILITROS** | **150**  **CAJAS** |
| **Producto** | | Solución hipotónica utilizada para la lisis de células en metafase en el proceso de harvesting y diagnostico citogenético. | | |
| **Características** | | * Permeabilizador celular. * Facilitador de la propagación de cromosomas en metafase | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 2° C a 8° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el área de Citogenetica en el anexo del Hospital Nacional De Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 7** | **30105752** | **41116156** | **SUERO BOVINO FETAL PARA CULTIVO CELULAR, CERTIFICADO, FRASCO (250 - 500) MILILITROS** | **120**  **FRASCO** |
| **Producto** | | Medio enriquecido. Favorecedor del crecimiento y adhesión celular, aporta nutrientes necesarios para el crecimiento celular. El suero fetal bovino es la parte líquida de la sangre desprovista de la fracción celular y de los factores de coagulación. Se extrae de sangre fetal bovina coagulada, recogida asépticamente, tras centrifugación. | | |
| **Características** | | * Suero obtenido de fetos protegidos por la barrera placentaria (evita contaminación) * Obtenido por punción cardiaca fetal. * Que contenga células del sistema inmune en todo momento para contrarrestar la contaminación * Estéril que se obtenga por triple filtración de 0,1 µm. * Que contenga proteínas y factores de crecimiento que permiten el mantenimiento y la proliferación de células eucariotas in vitro. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre -5° C a -10° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 8** | **30104808** | **41116156** | **SOLUCION SALINA BALANCEADA DE HANKS, 1X LIQUIDA SIN CLORURO DE CALCIO, CLORURO DE MAGNESIO O SULFATO DE MAGNESIO, FRASCO 500 MILILITROS** | **36**  **FRASCO** |
| **Producto** | | Se utiliza para una variedad de cultivo celular incluyendo el lavado de células, solución isotónica estandarizada compuesta de sales, además de glucosa que se encarga de detener la acción de la tripsina en la batería de coloración. | | |
| **Características** | | * Solución para lavado celular (batería de coloración). * Que mantenga las células en estado viable. * Apto para utilizar como sistema tampón en el medio de cultivo celular. * Que mantenga el pH fisiológico óptimo para el crecimiento celular. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 9** | **30101294** | **41116134** | **BUFFER FOSFATO SALINO DULBECCOS, CONCENTRACION 1X, LIQUIDO QUE NO CONTENGAN CLORURO DE CALCIO Y CLORURO DE MAGNESIO, FRASCO (100 - 500) MILILITROS** | **36**  **FRASCO** |
| **Producto** | | Sin cloruro de calcio ni cloruro de magnesio. Se utiliza para disolver la trypsina en el proceso de coloración, la presencia de calcio y magnesio pueden inhibir la actividad de la trypsina, el dulbeccos es útil para la disociación y suspensión celular. | | |
| **Características** | | * Concentracion 1x * Líquido que no contenga cloruro de calcio y cloruro de magnesio * Apto para utilizar como enjuague celular. * Solución tampón. * Diluyente celular. * No toxica. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 6 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 10** | **30102384** | **41116113** | **GIEMSA, SOLUCION MADRE TIPO GURR R66 PARA TINCION BANDAS G EN CROMOSOMAS, FRASCO 100 MILILITROS, PROTEGIDO DE LA LUZ.** | **30**  FRASCO |
| **Producto** | | Es una mezcla de azul de metileno, eosina y azul B. se usa para teñir las bandas de los cromosomas, es comúnmente llamado G-bandas capaz de identificar aberraciones cromosómicas | | |
| **Características** | | * Que contenga combinación de Azur y eosina. * Apta para preparaciones celulares fijadas sobre portaobjetos de vidrio. * Con principio de la tinción que resida en la interacción de colorantes con diferentes componentes celulares que presenten afinidades químicas distintas, que tiñan de diferentes colores. (bandas grises, bandas oscuras en los cromosomas en metafase). | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * ● Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO 11** | **30101898** | **41116105** | **TABLETA BUFFER TIPO GURR pH 6.8 APROXIMADAMENTE, 1 XL, FRASCO 50 TABLETAS.** | **9**  **FRASCOS** |
| **Producto** | | Tabletas tampón de fosfato para preparar soluciones tampón, utilizada para la preparación del buffer para la batería de coloración con la que se diluye el colorante Giemsa solución madre tipo gurr. | | |
| **Características** | | * Tipo gurr ph 6.8 aproximadamente * Solución tampón apta para diluir el Giemsa. * Fáciles de disolver en agua destilada estéril. * Deberá ajustar automáticamente el PH al nivel necesario. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 1** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **ARTÍCULO**  **12** | **30104832** | **41116129** | **TRIPSINA EN POLVO 1:250, FRASCO 100 GRAMOS.** | **3**  **FRASCO** |
| Producto | | Enzima proteolítica que en la batería de coloración actúa como el agente desproteinizador de los cromosomas, dejando los espacios para que el colorante se adhiera en ellas, compuesta de una mezcla de proteasa derivadas del páncreas porcino. | | |
| Características | | * Presesntación en polvo 1:250 * De naturaleza digestiva * Apto para la disociación celular. * De uso en cultivos celulares y disociación de tejido. * Concentración de la tripsina para eliminar células sujeta a la sensibilidad de las mismas. | | |
| Condiciones de Recepción | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| Información Técnica Requerida | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| Garantía | | * El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **2** | **30101082** | **41116105** | **ACIDO ACETICO GLACIAL (C2H4O2), GRADO REACTIVO ACS, FRASCO (2.5 - 4) LITROS** | **39**  **FRASCO** |
| **Producto** | | Liquido incoloro, transparente con un olor fuerte, similar al vinagre, se considera glacial cuando su concentración es mayor al 99%. | | |
| **Características** | | * Grado reactivo ACS * Frasco en presentación de **2.5 litros** * Debe diluirse antes de su uso para utilizarse como conservante y acidulante, * Para uso de la preparación de la solución fijadora, durante el proceso de harvesting. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **3** | **30101222** | **41116105** | **METANOL NÚMERO DE CAS 67-56-1, PARA ANÁLISIS, FRASCO (1-5) LITROS** | **78**  **FRASCO** |
| **Producto** | | También conocido como metanol, es un líquido incoloro, inflamable, toxico y con olor alcohólico suave, su fórmula química es CH3OH y utiliza en la industria química como solvente, combustible o anticoagulante. | | |
| **Características** | | * Incoloro, inflamable, toxico, solvente orgánico. * Número de CAS 67-56-1 grado reactivo * Frasco en presentación de 4 litros * Para uso de la preparación de la solución fijadora, durante el proceso de harvesting. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses . * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **4** | **30101198** | **41116105** | **ALCOHOL ETILICO ABSOLUTO O ALCOHOL ANHIDRO (C2H6O), GRADO REACTIVO ACS, PUREZA NO MENOR DE 99.8%, FRASCO (1 - 2.5) LITRO** | **9**  **FRASCO** |
| **Producto** | | Se utiliza en la producción de productos farmacéuticos y desinfectantes, es el segundo disolvente más importante después del agua en los laboratorios, se usa para limpiar superficies. | | |
| **Características** | | * Grado reactivo acs * Pureza no menor de 99.8% * Presentación frasco de 2.5 litros. * Para quitar el exceso de grasa que traen los portaobjetos de vidrio y con esto obtener una mayor adhesividad de los cromosomas. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * Almacenamiento y Estabilidad: condiciones de almacenamiento entre 15° C a 30° C durante su manejo, transporte y recepción. * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom . | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * El proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **5** | **30107010** | **41122605** | **ACEITE DE INMERSION, INDICE DE REFRACCION N20/D (1.515 - 1.518), VISCOSIDAD (100 - 150) APROXIMADAMENTE, CALIDAD ANALITICA, FRASCO 500 MILILITROS.** | **12**  **FRASCO** |
| **Producto** | | Liquido viscoso y transparente que tiene un alto índice de refracción, es utilizado en las observaciones microscópicas ya que brinda la propiedad de concentrar la luz cuando pasa atreves del objetivo 100x del microscopio aumentando su poder de resolución. | | |
| **Características** | | * Aceite de inmersión sin burbujas. * Indice de refraccion N20/D (1.515 - 1.518), para reducir la dispersión de la luz * Viscosidad (100 - 150) aproximadamente * Calidad Analítica * Presentación en frascos de 500 mililitros | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **6** | **30503738** | **41121701** | **TUBOS DE ENSAYO DE POLIETILENO (12 X 75) MILIMETROS, CON TAPON** | **1500**  **C/U** |
| **Producto** | | Tubo de ensayo utilizado en citogenética para la elaboración de alicuoatas de l-glutamina y suero bovino fetal. | | |
| **Características** | | * que permita contener, medir, mezclar, calentar y enfriar pequeñas cantidades de sustancias liquidas o solidas. * para realizar reacciones químicas a pequeña escala y para observar sus resultados. * de polietileno * cada tubo deberá poseer tapón de rosca. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **7** | **30106245** | **41116133** | **PRUEBA GENÉTICA PARA DETECTAR ENFERMEDADES CRÓNICAS POR MICROARREGLOS** | **2,590 pruebas de ADN/ARN** |
| **Producto** | | Los microarreglos, también conocidos como chips de ADN o ARN, son una herramienta de la biología molecular que permite analizar el genoma humano y realizar estudios genéticos. | | |
| **Características** | | Las pruebas deberán ser capaces de realizar:   * ANALISIS GENETICO para detectar mutaciones en genes específicos (BRCA1 Y BRCA2) para el diagnosticar enfermedades. * PERFILES DE EXPRESION GENETICA para medir la actividad transcripcional de genes o regiones de genes bajo ciertas circunstancias. Se requiere la adquisición de microarrays 8x60k CGH &amp; CGH+SNP post natal, placa para 48 muestras, en la que se pueda identificar de manera combinada: discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista, epilepsia, hipotonía muscular, anomalías del crecimiento, tanto por exceso como por defecto, incluyendo macrocefalia o microcefalia, una o más malformaciones mayores, anomalías fenotípicas menores, especialmente en las estructuras craneofaciales, manos y pies, muerte fetal tardía, muerte fetal o parto perinatal y sospecha de síndrome de microdeleción/micro duplicación. * ANALISIS DE MICROARREGLOS CROMOSOMICOS para detectar pequeñas alteraciones genéticas que no se pueden identificar con otras técnicas. Deberá contar con el equipo de extracción de ADN, el cual debe ser capaz de detallar el vortex, las microcentrifugas, tubos cónicos libres de ADN/ARN, pipetas de volumen variable y demás instrumentos necesarios para el óptimo funcionamiento.   **EN COMODATO EL ESCANER:**   * El instrumento deberá contar con láser, óptica y sistema de detección de alta resolución y permitir el análisis de CNV (COPY NUMBER VARIATION). * Con alta resolución del scaner de microarreglos que permita datos de alta calidad y amplio rango de aplicaciones, flexibilidad y ser escalable. * Resolución en pixeles como mínimo 0.53 micras del láser oscilando entre 532 a658 nanómetros. * El equipo deberá contener métrica de resultados y la capacidad de conexión a la LIS (Sistema de Información) . * Microarreglos con capacidad de detección de secuencias de interés en citogenética. * Que cubra al menos 4000 regiones con un mínimo de 1.5 millones de sondas de detección. * Capacidad de procesar al menos 8 muestras por chip, y sondas de detección de condiciones raras, anomalías cromosómicas y genes asociados a cáncer temprano. * Las sondas deben detectar otras condiciones clínicas como metabólicas tempranas. * El microarreglo debe incluir marcadores de calidad QC de la menos 8 kilo bases. * PRESENTAR CARTA EN LA QUE SE COMPROMETA a facilitar el cumplimiento de los lineamientos técnicos para el mantenimiento, administrativo y desarrollo de tecnologías de información y comunicaciones emitidas por el MINSAL. Podrá verificarlo en link <http://asp.salud.gob.sv/regulación/lineamientos.asp>; establecido en el portal de la hoja del MINSAL.   En caso de que se requiera de conexión de equipos automatizados, debe especificar el compromiso para cumplir con los siguientes puntos:   1. El desarrollo de la interface de comunicación entre el SIS o sistema de información hospitalario vigente y los equipos automatizados, especificando áreas de análisis y pruebas de laboratorio ofertadas.  * Realizar las pruebas de comunicación pertinente en la o las áreas ofertadas con el SIS o sistema de información hospitalario vigente en coordinación con DTIC.  1. Transmisión correcta de solicitud de análisis clínico y retorno completo del resultado a través de la interface de comunicación, según solicitud de análisis, que permita realizar un monitoreo de integridad de solicitud. 2. Realizar las interfaces de comunicación bidireccional para integrar el sistema informático de sus equipos automatizados con el Sistema SIS o sistema de información hospitalario vigente del establecimiento donde se está efectuando la instalación; esto para efectos de importar automáticamente el registro de la solicitud de exámenes hacia los equipos automatizados y para enviar o reenviar automáticamente los resultados obtenidos desde el equipo automatizado hacia el SIS o sistema hospitalario vigente. 3. La empresa deberá proporcionar el soporte técnico respectivo para mantener su interfaz funcionando y resolver cualquier inconveniente presentado en la comunicación bidireccional entre SIS y su aplicativo, en coordinación con DTIC.  * El desarrollo de la interfaz de comunicación se deberá efectuar en base a los requisitos del MINSAL: Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC), Red Nacional de Laboratorios Clínicos y Administrador de Contrato.   El desarrollo de la interfaz contará con lo siguiente:   1. Desarrollo de API de comunicación vía HTTP o WEB SOCKET usando estándar HL7. 2. La empresa deberá solicitar a DTIC catálogo de establecimiento, catálogo configurado de exámenes, catálogo codificación de pruebas, catálogo de códigos de resultados, catálogo de códigos de procedencias, catálogo de códigos de servicios, códigos de médicos y profesionales de laboratorio. De ser creado un nuevo código debe el software del contratista registrarlo automáticamente para homologarse con el sistema. 3. Pantalla de manejo de los errores de recepción de solicitudes y resultados no retornados a SIS. 4. Pantalla de monitoreo de retorno de los resultados a SIS.  * Las computadoras de la empresa suministrante instalada en el laboratorio y conectada a la red del establecimiento debe contar con un navegador web y su respectiva configuración, para tener acceso a SIS o Sistema informático hospitalario vigente. * La comunicación del software de los equipos automatizados con el SIS deberá ser funcional a partir del primer día en que la empresa inicie sus operaciones según lo establecido en el documento de contrato.   Proceso de transferencia de Solicitudes y recepción de Resultados de Laboratorio entre SIS y equipo de laboratorio.  A continuación, se hará la descripción del proceso de comunicación utilizando los eventos del estándar HL7 v2.5x  El proceso de transferencia de solicitud de análisis clínico desde el SIS o sistema informático vigente hacia el equipo del contratista será clasificado como solicitud como mensaje HL7. Se originará cuando el médico desde su consultorio a la hora de la atención del paciente genera una solicitud de análisis a través de los diferentes módulos de SIS o sistema informático hospitalario vigente o desde el laboratorio en casos especiales en los cuales se haya omitido la solicitud a la hora de la admisión de paciente en el sistema y su validación en la recepción del laboratorio.  El proceso de transferencia de resultados de análisis clínico desde el equipo hacia el SIS será clasificado como evento de retorno de resultados bajo el estándar HL7 en el cual se devuelve el resultado del análisis solicitado, para que el SIS o sistema información hospitalario vigente informe al resto de módulos o sistemas que conforman la organización.  Para solicitar acceso remoto a la computadora de equipo de la empresa instalada en el establecimiento. La empresa debe llenar el siguiente formulario y enviarlo a [servidoressis@salud.gob.sv](mailto:servidoressis@salud.gob.sv)     1. Deberá proveerse Hardware y Software (equipo nuevo) para la comunicación y el manejo del sistema en red entre cada equipo con la base de los pacientes tamizados y el área de recepción de Laboratorio de Citogenética. Con sus respectivos impresores y UPS, la instalación del Hardware y Software para el manejo de las interfaces y red del área de Citogenetica debe realizarse previo a la entrega de los equipos y los reactivos adjudicados. 2. Soporte técnico y mantenimiento mensual de la base de datos del área de citogenética y cuando sea necesario. 3. El Software debe ser capaz de elaboración de informes estadísticos, informes mensuales por Región de Salud, por SIBASI, por Unidad de Salud, por paciente, así como la elaboración de informes semestrales, Registro de entrada y salidas de boletas y otros informes del área de citogenética requeridos por el Ministerio de Salud y creación mensual de copias de seguridad en medios magnéticos. | | |
| **Accesorios, dispositivos auxiliares, consumibles y reactivos incluidos para cada preparación de muestra** | | * Kit de extracción de ADN la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante. * Una centrifuga * Un Horno de hibriización * Un Lector de cuantificación de ADN * Un Termociclador * Dos Mini centrifugas * Un Vortex * Un agitador con calefacción * Una de cada medida: Pipetas y soporte de volumen variable: de 10 a 100 microlitros; de 100 a 1000 microlitros y de 2 a 20 microlitros. * Cantidad demicrotubos necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante. * Una Cámara de flujo laminar * Microtubos DNA Lobind 1.5mL PCR Clean (biología molecular), la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante. * Microtubos dualfilter 1000 µl, la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante. * Microtubos dualfilter 200 µl, la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante. * Microtubos dualfilter 20 µl, la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante. * Puntas estériles con filtro, la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante * Una Incubadora * Guantes de nitrilo la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante. * ), * Kit de amplificación y kit de hibridación, la cantidad necesaria por el principio para la realización de la técnica ofertada según el fabricante | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá aportar el software para la identificación de regiones comparables con base de datos internacionales como el CLINVAR y CLINGENE. * Debe suministrar los equipos junto con todos los accesorios * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 8 meses. Los kits deberán ser transportados siguiendo las indicaciones del fabricante. * Los reactivos serán entregados en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. * Para los kits, el proveedor deberá presentar con la oferta el Registro Sanitario vigente, emitido por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario vencido, una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en SRS y Carta Compromiso; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente Registro Sanitario Vigente, al momento de la entrega del producto. | | |
| **Garantía** | | Para los kits, El proveedor deberá deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento | | |
| **Capacitación** | | Serán **6 jornadas** de **8 horas** para el personal de laboratorio clínico (apróximadamente 10 personas). El establecimiento donde serán realizadas las capacitaciones será en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Soporte Técnico** | | * La empresa deberá garantizar el soporte técnico calificado a través de una carta compromiso. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **8** | **30501696** | **41104107** | **TUBO AL VACIO, CON HEPARINA SODICA, CAPACIDAD (3 - 4) MILILITROS** | **3000** |
| **Producto** | | Se utilizan en la extracción de sangre para pruebas sanguíneas, la heparina actúa inhibiendo la tromboplastina, logrando un equilibrio dinámico entre fibrinógeno y fibrina, libre de hilo de fibrina en el proceso de inspección. | | |
| **Características** | | * Apto para realizar pruebas de anomalías cromosómicas. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El proveedor deberá entregar los productos con una fecha de vencimiento no menor a 6 meses a un año. * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |
| **Información Técnica Requerida** | | * El proveedor deberá proporcionar las hojas de seguridad de los productos. | | |
| **Garantía** | | El proveedor deberá presentar una carta compromiso aclarando que el producto próximo a vencer podrá ser reemplazado, siempre y cuando el comprador notifique sobre la necesidad al menos con 2 meses de anticipación antes de la fecha de vencimiento. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **9** | **30503678** | **41121703** | **TUBO CONICO DE POLIESTIRENO (120 X 17) MILIMETROS, CON TAPON DE ROSCA, GRADUADO, CAPACIDAD 15 MILILITROS.** | **4,500** |
| **Producto** | | Tubos de poliestireno para la centrifugación de células. | | |
| **Características** | | * Tubo de poliestireno con tapón de rosca. * Medidas: **(120 x 17) milímetros** * Graduados * Esteriles * Resistentes a la centrifugación a 12,000 RCF (poliestireno). | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **10** | **30501360** | **41112602** | **LAMINA O LAMINILLA DE VIDRIO CUBRE OBJETO (24 x 50) MILIMETROS, No. 1, CAJA (1 - 4) ONZAS** | **60**  **ONZAS** |
| **Producto** | | En citogenetica se utiliza para la toma de la microfotografía para obtener una mejor resolución de las metafases y dar un resultado de calidad y confiabilidad. | | |
| **Características** | | * Lamina delgada transparente de cristal, para colocar sobre la preparación microscópica para protegerla y facilitar su observación. * Que mantenga las muestras solidas presionadas de manera plana y las muestras liquidas moldeadas en una capa plana de espesor. | | |
| **Condiciones de recepción** | | * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **11** | **30501393** | **41122601** | **LAMINA PORTA OBJETO, (76 x 26) MILIMETROS, ESPESOR 1 MILIMETRO, EXTREMO MATE O NEVADO, CAJA DE 50 UNIDADES** | **210**  **CAJAS** |
| **Producto** | | Piezas rectangulares de vidrio transparente que permiten fijar muestras para ser observadas a través del microscopio. | | |
| **Características** | | * Lámina adhesiva con tratamiento especial que permita la excelente adhesión de células, tejidos y muestras a la superficie del portaobjeto. * Para aplicaciones de citogenética. * Elaboradas en vidrio. * Autoclavable * Con bordes suaves para evitar corte al usuario. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. . | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **12** | **30501582** | **41121511** | **PIPETA SEROLOGICA DE VIDRIO BOROSILICATO, CAPACIDAD 1 MILILITRO, GRADUADA CON ESCALA (1-10) MILIMETROS, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL** | **21**  **CAJAS** |
| **Producto** | | Se utilizan para transferir líquidos, mezclar soluciones químicas o suspensiones celulares y colocar reactivos compuestos de diferentes densidades. | | |
| **Características** | | * De vidrio borosilicato, poliestireno o material equivalente. * Para manipulación de líquidos. * Que permita transferir y dispensar sustancias. * Graduada en milímetros de 0.01 * Con grado de precisión de +/-2% a la escala completa. * Presentación: cajas de 250 unidades. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **13** | **30501597** | **41121511** | **PIPETA SEROLOGICA DE VIDRIO BOROSILICATO, CAPACIDAD, 10 MILILITROS, GRADUADA CON ESCALA (2/10) MILILITROS, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL.** | **18**  **CAJAS** |
| **Producto** | | Se utilizan para transferir líquidos, mezclar soluciones químicas o suspensiones celulares y colocar reactivos compuestos de diferentes densidades. | | |
| **Características** | | * De vidrio borosilicato, poliestireno o material equivalente. * Para manipulación de líquidos. * Que permita transferir y dispensar sustancias. * Graduada en milímetros de 1 a 10. * Con grado de precisión de +/-2% a la escala completa. * Presentación: cajas de 100 unidades.. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **14** | **30501600** | **41121511** | **PIPETA SEROLOGICA DE VIDRIO BOROSILICATO, CAPACIDAD 25 MILILITROS, GRADUADA CON ESCALA (2/10) MILILITROS, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL.** | **15**  **CAJAS** |
| **Producto** | | Se utilizan para transferir líquidos, mezclar soluciones químicas o suspensiones celulares y colocar reactivos compuestos de diferentes densidades. | | |
| **Características** | | * De vidrio borosilicato, poliestireno o material equivalente. * Para manipulación de líquidos. * Que permita transferir y dispensar sustancias. * Graduada en milímetros de 0. 1. * Con grado de precisión de +/-2% a la escala completa. * Presentación: cajas de 100 unidades. | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos- | | |
| **Condiciones de Recepción** | | * El proveedor deberá entregar los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los mismos. * El producto deberá ser entregado en el Almacén de Insumos médicos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| **15** | **60402157** | **41103504** | **CABINA DE FLUJO LAMINAR HORIZONTAL** | **1** |
| Producto | | Equipo utilizado para la siembra de linfocitos en sangre periférica para la obtención de cromosomas en metafase y para la seguridad biológica del medio ambiente, la muestra y el recurso humano. Cámara de Flujo Laminar con luz ultravioleta | | |
| Características | | * Flujo laminar horizontal * Flujo de aire de derivación. * Ventana de elevación vertical de vidrio templado resistente a los químicos * Línea de vista de 37.5” (95.3 cm) aproximadamente altura desde la superficie bajo al panel superior. * Filtro HEPA de 99.99% de eficiencia en partículas de 0.3 micras. * Fabricado en acero inoxidable, exterior glaciar de acero con pintura en seco. * Interior de acero inoxidable recubierto con resina epoxica. * Dimensiones exteriores: 37.7” de profundidad x 59.0” de alto (95.8x149.9cm) aproximadamente. Agregar 7.0” (17.8cm) apróximadamente, para extensión. * Nivel de ruido ultra silenciosa menor de 59 decibeles. * Iluminación fluorescente blanca según norma NSF 59. * Superficie de trabajo de acero inoxidable. | | |
| Características Eléctricas | | * Voltaje de 110 v/ 60 hz. * Conexión eléctrica de 110 v/ 60 hz. * Batería de respaldo (UPS). * Toma corriente polarizado. | | |
| Características Mecánicas | | * Sistema de seguridad contra escape de aire acondicionado. * Flujo vertical de aire estéril para protección al usuario, la muestra y el ambiente. * Lampara de luz fluorescente y luz ultravioleta. * Medidor localizado en el campo de visión del usuario que permita monitorear los parámetros de operación (velocidad de flujo, vida del filtro, entre otros) * Ventana de vidrio de seguridad. * Filtro HEPA con una eficiencia de 99.99% | | |
| Accesorios incluidos por producto | | * Base ajustable en altura. * Base eléctrica. * Silla de trabajo ergonómica. | | |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 9001: 2015, ISO 14001:2015, certificado CE y NSF. | | |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo debe ser entregado a entera satisfacción del administrador de contrato en área de Citogenetica del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”. | | |
| Condiciones de Instalación | | * El equipo debe quedar instalado y funcionando correctamente con todos sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato | | |
| Información Técnica Requerida | | * Con el equipo debe ser entregado: * Manual de operación en castellano de forma impresa. * Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación. * 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. * Compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para un período mínimo de 5 años. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | | |
| Capacitación | | * Será **1 jornada** de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica (apróximadamente 10 personas), que comprenda el uso y mantenimiento preventivo del equipo. El establecimiento donde serán realizadas las capacitaciones será en las instalaciones del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **16** | **60402053** | **41103704** | **BAÑO DE MARÍA DE ACERO INOXIDABLE PARA ENSAYOS MICROBIOLÓGICOS** | **1** |
| Producto | | Equipo utilizado en el laboratorio de Citogenética para el proceso de incubación de las muestras de sangre periférica a una temperatura de 37° grados centígrados, las cuales previamente fueron expuestas a una solución hipotónica cuya función es permeabilizar el citoplasma de las células cultivadas durante 72 horas. | | |
| Características | | * Interior y exterior de acero inoxidable 304 (AISI 304), resistente a la corrosión fácil de limpiar. * Rango de temperatura de 10 – 95°C con resolución de 0.1 hasta 99°C y 1 a partir de 100°C. * Temporizador con rango de 1 min hasta 999 horas. * Controlador digital. * Capacidad (métrico) 10 litros. * Pantalla LCD. * Capacidad de calefacción no menor a 800w. * Dimensiones apróximadas (largo x ancho) 393x383x233mm * Estabilidad de temperatura + o – 0,1°C. * Uniformidad de temperatura + o – 0,2°C. * Largo y abierto, que permita sumergir las muestras convenientemente. * Resistencia calefactora de inmersión de acero de larga duración. | | |
| Características Eléctricas | | * Conexión eléctrica: tensión120 /230 V (+/- 10%), 50/60 HZ. * Batería de respaldo (UPS). * Cordón de tomacorriente macho polarizado. | | |
| Características Mecánicas | | * Control de temperatura. * Control electrónico por microprocesador. * Circuito de seguridad para evitar descontrol térmico. * Temporizadores de encendido y apagado automático. * Dispositivo de drenaje. | | |
| Accesorios incluidos por producto | | * Tapa y rejillas para tubo de 120 X 17 milimetros incluidas. * Control electrónico por microprocesador. | | |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados, presentar certificado vigente. | | |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo debe ser entregado a entera satisfacción del administrador de contrato en áreade Citogenetica del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”. | | |
| Condiciones de Instalación | | * El equipo debe quedar instalado y funcionando correctamente con todos sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato | | |
| Información Técnica Requerida | | * Con el equipo deberá entregar * Manual de operación del equipo en castellano en forma impresa. * Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación. * 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. * Compromiso por escrito del suministrante en contar con repuestos para un período mínimo de 5 años. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | | |
| Capacitación | | * Será **1 jornada** de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica (apróximadamente 10 personas), que comprenda el uso y mantenimiento preventivo del equipo. El establecimiento donde serán realizadas las capacitaciones será en las instalaciones del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | | |

| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **17** | **30602035** | **41105101** | **BOMBA DE SUCCIÓN** | **1** |
| Producto | | * Equipo utilizado en laboratorio de Citogenética para los lavados y fijados durante el proceso de Harvesting succionando el sobrenadante hasta obtener el botón celular que contiene linfocitos en división celular. | | |
| Características | | * Resistente a ácidos y álcalis. * Con filtro hidrofóbico. * Frasco recolector de vidrio con capacidad de 2 litros. * Presión de succión (200+500) mililitros. * Manómetro de vacío. * Válvula de control. * Regulador de vacío. * Dimensiones no mayores a (L)375x(ancho)175x(altura)250mm | | |
| Características Eléctricas | | * Conexión eléctrica 110 v / potencia 60h. * Batería de respaldo (UPS). * Tomacorriente polarizado. | | |
| Características Mecánicas | | * De fácil manejo, ergonomico . * Para colocar en mesa. * Nivel de ruido<58dBA | | |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados, presentar certificado vigente. | | |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo debe ser entregado a entera satisfacción del administrador de contrato en área de Citogenetica del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”. | | |
| Condiciones de Instalación | | * El equipo debe quedar instalado y funcionando correctamente con todos sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato | | |
| Información Técnica Requerida | | * Con el equipo deberá entregar * Manual de operación del equipen castellano en forma impresa. * Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación. * 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. * Compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para un período mínimo de 5 años. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | | |
| Capacitación | | * Será **1 jornada** de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédica (apróximadamente 10 personas), que comprenda el uso y mantenimiento preventivo del equipo. El establecimiento donde serán realizadas las capacitaciones será en las instalaciones del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom | | |

| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **18** | **60402100** | **41103816** | **BASE DE CALENTAMIENTO CON AGITADOR MÁGNETICO** | **1** |
| Producto | | Equipo utilizado en el laboratorio de citogenética en el proceso de elaboración de láminas al fresco para secar y fijar las metafases. | | |
| Características | | * Plato de cerámica, vidrio templado, aluminio, acero inoxidable grado 304, o material equivalente. * Placa calefactora de posiciones múltiples para calentamiento y agitación. * Rango de velocidad de 60-1150 rpm. * Temperatura máxima de 550°C. * Dimensiones de la plataforma no mayor a 12.7 x 17.8 cm. * Agitador magnético para 10 posiciones de agitación, para volúmenes de hasta 6 litros. | | |
| Características Eléctricas | | * Conexión eléctrica: 120 V / 60 Hz. * Batería de respaldo (UPS). * Tomacorriente polarizado. | | |
| Características Mecánicas | | * Pantalla digital para un control preciso de la velocidad. * Control y ajuste de la temperatura. * Interruptor de rotación inversa para mejormezcla. * Indicador para prevenir quemaduras. | | |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados presentar certificado vigente. | | |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo debe ser entregado a entera satisfacción del administrador de contrato en área de Citogenetica del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”. | | |
| Condiciones de Instalación | | * El equipo debe quedar instalado y funcionando correctamente con todos sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato | | |
| Información Técnica Requerida | | * Con el equipo deberá presentar: * Manual de operación del equipo en castellano en forma impresa. * Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación. * 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. * Compromiso por escrito del suministrante en contar con repuestos para un período mínimo de 5 años. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | | |
| Capacitación | | * El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá:   La operación, limpieza y mantenimiento preventivo impartidas al personal operador y personal técnico de mantenimiento (apróximadamente 10 personas), respectivamente. Será **1 jornada** de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédico. | | |

| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **19** | **60402250** | **41103502** | **CÁMARA ESTRACTORA DE GASES** | **1** |
| Producto | | Equipo diseñado para el manejo de calor o vapor poco corrosivos o moderadamente corrosivos y para químicos en general. | | |
| Características | | * Velocidad de aire de extracción de 60 pies/min. * Altura máxima de abertura de ventana de 25.0” (63.5cm). * Interior del panel reforzado con fibra de vidrio, resistente a los químicos. * Interior de acero inoxidable con esquinas redondeadas. * Ventana de seguridad con elevación vertical de vidrio templado. * Iluminación LED. * Dimensiones exteriores máximas: Profundidad 37.7”X 59.0” de alto (95.8 X 149.9cm) | | |
| Características Eléctricas | | * Conexión eléctrica de 110 v/ 60 hz. * Batería de respaldo (UPS). * Toma corriente polarizado | | |
| Características Mecánicas | | * Fácil operatividad. * Velocidad de aire ajustable. * Sistema de control por microprocesador. * Pantalla LED. * Función de memoria en caso de falla eléctrica. * Ventana frontal de vidrio regulable en altura. * Altura de superficie de trabajo de 900mm. | | |
| Accesorios incluidos por producto | | * Ducto de escape de 4 metros aproximadamente. * Ventana frontal manual, vidrio templado de 5 mm, altura ajustable. * Mesa de trabajo resistente a químicos. * Lampara LED. * Toma corriente incorporado en la cámara extractora de gases. | | |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485. | | |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo debe ser entregado a entera satisfacción del administrador de contrato en área Citogenética del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”. | | |
| Condiciones de Instalación | | * El equipo debe quedar instalado y funcionando correctamente con todos sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato | | |
| Información Técnica Requerida | | * Con el equipo deberá ser entregado * Manual de operación del equipo en castellano en forma impresa. * Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación. * 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. * Compromiso por escrito del suministrante en contar con repuestos para un período mínimo de 5 años. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | | |
| Capacitación | | * Será una jornada de 4 horas para el personal de laboratorio y biomédico (apróximadamente 10 personas), sobre el manejo del equipo | | |

| **LOTE** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **20** | **60402405** | **41103903** | **CENTRIFUGA DE MESA** | **1** |
| Producto | | Equipo utilizado en el laboratorio de Citogenetica para los lavados y fijados durante el proceso, enel cual se obtienen los linfocitos en división celular (metafases). | | |
| Características | | * Centrifuga de mesa. * Capacidad de 32 tubos de 16x100mm(15ml). * Velocidad regulable de 200 hasta 5,000 rpm. * RECF; 3350xg. * Rotor oscilante (0°-90°). * Protección por sobrecalentamiento * Tiempo de ejecución continuo desde 10 o más * Nivel de ruido inferior a 63 Dba a máxima velocidad. * Controlador por microprocesador. * Tapa de biocontención. * De acero inoxidable. * Con seguro manual para abrir en caso de emergencia. | | |
| Características Eléctricas | | * Conexión eléctrica: 120 VAC/ frecuencia: 60Hz. * Batería de respaldo (UPS). | | |
| Características Mecánicas | | * Pantalla LCD. * Alarma visual por desbalance. * Alarma de finalización de centrifugación o tapa automática. * Microprocesador con pantalla LED. * Teclado fácil de usar. | | |
| Accesorios incluidos por producto | | * Camisas para centrifugado. | | |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485/2016. | | |
| Condiciones de Recepción | | * El equipo debe ser entregado a entera satisfacción del administrador de contrato en área de Citogenetica del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”. | | |
| Condiciones de Instalación | | * El equipo debe quedar instalado y funcionando correctamente con todos sus accesorios a entera satisfacción del administrador de contrato | | |
| Información Técnica Requerida | | * Con el equipo: * Manual de operación del equipo en castellano en forma impresa. * Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. | | |
| Garantía | | * Garantía de fábrica o del distribuidor de DOS (2) años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación. * 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. * Compromiso por escrito del suministrante en contar con repuestos para un período mínimo de 5 años. * Deberá garantizar que brindará el soporte técnico con personal calificado y estar en capacidad de atender el llamado por reparación en un tiempo máximo de 24 horas. | | |
| Capacitación | | * El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá: 1 jornada de 2 horas. La capaciticación deberá comprender la operación, limpieza y mantenimiento preventivo impartidas al personal operador y personal técnico de mantenimientorespectivamente (apróximadamente 10 personas) | | |
| Soporte Técnico | | * La empresa deberá presentar en su oferta que cuenta con departamento de servicio técnico, 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. * 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)