

Formulario de Información sobre el Oferente

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

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

*LPN*No.:*[indicar el número del proceso licitatorio]*

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

|  |
| --- |
| 1. Nombre jurídico del Oferente [*indicar el nombre jurídico del Oferente]* |
| 2. Si se trata de una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), nombre jurídico de cada miembro: *[indicar el nombre jurídico de cada miembro de la APCA]* |
| 3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse *[indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o país donde intenta constituirse o incorporarse]* |
| 4. Año de constitución o incorporación del Oferente: *[indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]* |
| 5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: [*indicar laDirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]* |
| 6. Información del Representante autorizado del Oferente:  Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado]*  Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado]*  Números de teléfono y facsímile*: [indicar los números de teléfono y facsímile del representante autorizado]*  Dirección de correo electrónico: *[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]* |

Formulario de Información sobre los Miembros de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA)

*[El Oferente y cada uno de sus miembros deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación]*

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

LPN No.*: [indicar el número del proceso licitatorio]*

Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_ páginas

|  |
| --- |
| 1. Nombre jurídico del Oferente*[indicar el nombre jurídico del Oferente]* |
| 2. Nombre jurídico del miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA) *[indicar el Nombre jurídico del miembro la APCA]* |
| 3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA) *[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro de la APCA]* |
| 4. Año de constitución o incorporación del miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA): *[indicar el año de constitución o incorporación del miembro de la APCA]* |
| 5. Dirección jurídica del miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA) en el País donde está constituido o incorporado: *[Dirección jurídica del miembro de la APCA en el país donde está constituido o incorporado]* |
| 6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA):  Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado del miembro de la APCA]*  Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado del miembro de la APCA]*  Números de teléfono y facsímile*: [[indicar los números de teléfono y facsímile del representante autorizado del miembro de la APCA]*  Dirección de correo electrónico: *[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro de la APCA]* |

Formulario de Presentación de la Oferta

*[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones a este formulario ni se aceptarán substituciones.]*

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

LPN No. *: [indicar el número del proceso licitatorio]*

Llamado a Licitación No.: *[indicar el No. del Llamado]*

Alternativa No*. [indicar el número de identificación si esta es una oferta alternativa]*

A: *[nombre completo y dirección del Comprador]*

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Hemos examinado y no hallamos objeción alguna a los documentos de licitación, incluso sus Enmiendas Nos. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];*
2. Ofrecemos proveer los siguientes Bienes y Servicios Conexos de conformidad con los Documentos de Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Requerimientos y nos comprometemos a que estos Bienes y Servicios Conexos sean originarios de países miembros del Banco: *[indicar una descripción breve de los bienes y servicios conexos];*
3. El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta (incluye el precio de los bienes con servicios conexos) en palabras y en cifras, indicando las diferentes cifras en las monedas respectivas];*(incluir IVA)
4. Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

**Descuentos.** Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables: *[detallar cada descuento ofrecido y el artículo específico en la Lista de Bienes al que aplica el descuento]*.

**Metodología y Aplicación de los Descuentos.** Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *[Detallar la metodología que se aplicará a los descuentos];*

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

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

(g) Los suscritos, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, tenemos nacionalidad de países elegibles *[indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es una APCA, y la nacionalidad de cada subcontratista y proveedor]*

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

(i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del contrato, no han sido declarados inelegibles por el Banco, toda firma, individuo, empresa matriz o filial, u organización anterior constituida o integrada por cualquiera de los individuos designados como partes contratantes que el Banco declare inelegible de conformidad con lo dispuesto en los Procedimientos de Sanciones o que otra Institución Financiera Internacional (IFI) declare inelegible y con sujeción a lo dispuesto en acuerdos suscritos por el Banco concernientes al reconocimiento recíproco de sanciones y se encuentre bajo dicha declaración de inelegibilidad durante el periodo de tiempo determinado por el Banco de acuerdo con lo indicado en la Cláusula 3, bajo las leyes del País del Comprador o normativas oficiales, de conformidad con la Subcláusula 4.3 de las IAO;

(j) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta licitación o ejecución del Contrato: *[indicar el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación y la cantidad y moneda de cada dicha comisión o gratificación]*

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

(Si no han sido pagadas o no serán pagadas, indicar “ninguna”.)

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

(l) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja ni ninguna otra oferta que reciban.

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [*indicar el nombre completo del Oferente]*

El día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[indicar la fecha de la firma]*

**Formularios de Listas de Precios**

*[El Oferente completará estos formularios de Listas de Pecios 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 losRequisitos de los Bienes y Servicios.]*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lista de Precios: Bienes a ser entregados con todos los derechos pagados en el lugar de destino convenido. | | | | | | | | | |
| Monedas de acuerdo con la Subcláusula 15 de las IAO | | | | | | | | Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LPN No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página N° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | | 7 |
| No. De Ítem | | Descripción de los Bienes | País de Origen  ( Aplica para bienes ) | Fecha de entrega | Cantidad y unidad física | | Precio unitario  Entrega en lugar designado | | Precio Total  por artículo |
| *[indicar el número del artículo]* | | *[indicar el nombre de los Bienes,* ***detallar los ítems ofertados****]* | *[indicar el país de origen de los Bienes]* | *[indicar la fecha de entrega propuesta]* | *[indicar el número de unidades a proveer y el nombre de la unidad física de medida]* | | *[indicar el precio unitario por unidad](Incluir IVA)* | | *[indicar el precio total por artículo]* |
| 1 | | Ítem # |  |  | C/U | |  | |  |
| 2 | | Ítem # |  |  | C/U | |  | |  |
| 3 | | Ítem # |  |  | C/U | |  | |  |
|  | Precio Total (IVA incluido) | | | | |  | | | |
| Nombre del Oferente *[indicar el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente *[firma de la persona que firma la Oferta]* Fecha *[Indicar Fecha]* | | | | | | | | | |

Nota: \*[ **El precio total de la oferta estipulado en el formulario de Presentación de la Oferta, debe incluir el precio de los Bienes a ser entregados con todos los derechos pagados en el lugar de destino convenido y el precio de los Servicios Conexos]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Precio y Cronograma de Cumplimiento - Servicios Conexos | | | | | | | |
|  | | Monedas de conformidad con la Subcláusula IAO 15 | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LPN No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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) |
| 1 | ÍTEM 1  INCUBADORA DE TRANSPORTE CON VENTILADOR   1. **Capacitación:**    1. La operación, limpieza y manejo del equipo impartidas al personal operador.    2. Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento que el establecimiento correspondiente, donde irán instalados los equipos, designe. 2. **Mantenimiento (Rutinas de Mantenimiento preventivo):**    1. Los equipos a los que se les requerirá rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera: la primera visita deberá ser efectuada dependiendo de la cantidad de servicios solicitados por año, es decir 1, 2 o 4 visitas, posteriores a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes y las demás rutinas se realizarán de forma espaciada por un periodo similar hasta que finalice la garantía; de conformidad con el programa de mantenimiento presentado al Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. Es decir por ejemplo si se solicitan 4 visitas al año, y la garantía es por tres años, deberá realizar doce visitas de mantenimiento preventivo en total, la primera tres meses después de haber entregado el equipo de acuerdo con el acta de recepción y las siguientes con un espaciado de tres meses entre cada visita, siendo la última el mes de vencimiento de la garantía.    2. La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. | | *[indicar el país de origen de los Servicios]* | La fecha será definida en coordinación con el Administrador de Contrato | *2* | *[indicar el precio unitario por servicio]*  *(Incluir IVA)* | *[indicar el precio total por servicio]* |
| 2 | ÍTEM 2  INCUBADORA FIJA   1. **Capacitación:**    1. La operación, limpieza y manejo del equipo impartidas al personal operador.    2. Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento que el establecimiento correspondiente, donde irán instalados los equipos, designe. 2. **Mantenimiento (Rutinas de Mantenimiento preventivo):**    1. Los equipos a los que se les requerirá rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera: la primera visita deberá ser efectuada dependiendo de la cantidad de servicios solicitados por año, es decir 1, 2 o 4 visitas, posteriores a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes y las demás rutinas se realizarán de forma espaciada por un periodo similar hasta que finalice la garantía; de conformidad con el programa de mantenimiento presentado al Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. Es decir por ejemplo si se solicitan 4 visitas al año, y la garantía es por tres años, deberá realizar doce visitas de mantenimiento preventivo en total, la primera tres meses después de haber entregado el equipo de acuerdo con el acta de recepción y las siguientes con un espaciado de tres meses entre cada visita, siendo la última el mes de vencimiento de la garantía.    2. La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. | |  | La fecha será definida en coordinación con el Administrador de Contrato | 1 |  |  |
| 3 | ÍTEM 3  LÁMPARA CIELÍTICA PARA  CIRUGÍA MAYOR   1. **Capacitación:**    1. La operación, limpieza y manejo del equipo impartidas al personal operador.    2. Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento que el establecimiento correspondiente, donde irán instalados los equipos, designe. 2. **Mantenimiento (Rutinas de Mantenimiento preventivo):**    1. Los equipos a los que se les requerirá rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera: la primera visita deberá ser efectuada dependiendo de la cantidad de servicios solicitados por año, es decir 1, 2 o 4 visitas, posteriores a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes y las demás rutinas se realizarán de forma espaciada por un periodo similar hasta que finalice la garantía; de conformidad con el programa de mantenimiento presentado al Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. Es decir por ejemplo si se solicitan 4 visitas al año, y la garantía es por tres años, deberá realizar doce visitas de mantenimiento preventivo en total, la primera tres meses después de haber entregado el equipo de acuerdo con el acta de recepción y las siguientes con un espaciado de tres meses entre cada visita, siendo la última el mes de vencimiento de la garantía.    2. La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato.   **Condiciones de Instalación:**  El suministrante deberá dejar instalados y funcionando los equipos a entera de satisfacción del Encargado del seguimiento y ejecución del contrato.  Deberá desmontar los equipos existentes en cada hospital y trasladarlos al área que el departamento de mantenimiento del hospital establezca. | |  | La fecha será definida en coordinación con el Administrador de Contrato | 2 |  |  |
|  | | | | | Precio Total de la Oferta (incluir IVA) | |  |
| Nombre del Oferente *[indicar el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente *[firma de la persona que firma la Oferta]* Fecha *[Indicar Fecha*  *El* | | | | | | | |

Declaración de Mantenimiento de la Oferta

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

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

LPN No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

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

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

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

2. Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Comprador por un **período de 2añoscontados** a partir de la fecha de apertura de ofertas, si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la oferta si:

(a) retiráramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o

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

3. Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará si no somos los seleccionados, y cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) si recibimos una copia de su comunicación con el nombre del Oferente seleccionado; o (ii) han transcurrido treinta días después de la expiración de nuestra Oferta.

*[Nota: Entendemos que si somos una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá estar en el nombre de la APCA que presenta la Oferta. Si la APCA no ha sido legalmente constituido en el momento de presentar la oferta, la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá ser en nombre de todos los miembros futuros tal como se enumeran en la carta de intención mencionada en la Subcláusula 16.1 de las IAO.]*

Firmada: *[insertar la firma de la persona cuyo nombre y capacidad se indican].* En capacidad de *[indicar la capacidad jurídica de la persona que firma la Declaración de Mantenimiento de la Oferta]*

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma la Declaración de Mantenimiento de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: *[indicar el nombre completo del Oferente]*

Fechada el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20xx\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[indicar la fecha de la firma]*

Autorización del Fabricante(NO APLICA)

En caso de ofertar bienes

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

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

LPN No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

Alternativa No.: *[indicar el No. de identificación si esta es una oferta por una alternativa]*

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

POR CUANTO

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

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, conforme a la cláusula 27 de las Condiciones Generales del Contrato, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

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

*[firma del(los) representante(s) autorizado(s) del fabricante]*

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

Cargo:*[indicar cargo]*

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

Fechado en el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20xx\_\_ *[fecha de la firma]*

**Modelo de Declaración Jurada**

En la ciudad de San Salvador, a las \_\_\_ horas del día \_\_\_ de \_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_. Ante mí,\_\_\_\_\_\_\_, Notario, del domicilio de \_\_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_, comparece el señor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_ *[especificar generales completas y documento de identidad]*, a quien conozco [*si fuera el caso*], quien actúa en su calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_ *[consignar si es Representante Legal o Apoderado y relacionar la personería según el caso],* y en la calidad en que actúa **ME DICE:** Que con el objeto de participar enLicitación Pública Nacional*,* número **-------------**que promueve el Ministerio de Salud, en adelante denominado **“MINSAL”, BAJO JURAMENTO HACE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:I.** Que no es funcionario o ni empleado del MINSAL, ni el declarante, ni su representante legal, *socio, accionista, administrador, directivo, director, concejal o gerente*; **II.** Que no tiene parentesco hasta el segundo grado de afinidad y cuarto grado de consanguinidad con funcionarios, ni empleados del **MINSAL**, ni el declarante, ni su representante legal, *socio, accionista, administrador, directivo, director, concejal o gerente, de la sociedad ofertante según sea el caso*; **III.** Que mi representada es originaria de un país miembro del Banco, de conformidad a lo establecido en acápite de “Elegibilidad”, y que ha leído comprendido y aceptado en su totalidad el acápite denominado “Contrataciones No Elegibles para Financiamiento del Banco”, ambos de las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo, numero dos mil trescientos cuarenta y nueve – nueve; **IV.**  (a)que han leído y entendido la prohibición sobreprácticas prohibidas dispuesta por el Banco y se obligan a observar las normas pertinentes; (b) que no han incurrido en ninguna infracción de las políticas sobre prácticas prohibidas descritas en el documento de Licitación Pública Nacional; (c) que no han tergiversado ni ocultado ningún hecho sustancial durante los procesos de adquisición o negociación del contrato o cumplimiento del contrato; (d) Que ninguna firma, individuo, empresa matriz o filial, u organización anterior constituida o integrada por cualquiera de los individuos designados como partes contratantes que el Banco declare inelegible de conformidad con lo dispuesto en los Procedimientos de Sanciones o que otra Institución Financiera Internacional (IFI) declare inelegible y con sujeción a lo dispuesto en acuerdos suscritos por el Banco concernientes al reconocimiento recíproco de sanciones y se encuentre bajo dicha declaración de inelegibilidad durante el periodo de tiempo determinado por el Banco de acuerdo con lo indicado en la Cláusula 3 ni han sido declarados culpables de delitos vinculados con fraude o corrupción; (e) que ninguno de sus directores, funcionarios o accionistas principales han sido director, funcionario o accionista principal de ninguna otra compañía o entidad que haya sido declarada inelegible para que se le adjudiquen contratos financiados por el Banco o ha sido declarado culpable de un delito vinculadoconprácticas prohibidas; (f) que han declarado todas las comisiones, honorarios de representantes, pagos por servicios de facilitación o acuerdos para compartir ingresos relacionados con el contrato o el contrato financiado por el Banco; (g) que reconocen que el incumplimiento de cualquiera de estas garantías constituye el fundamento para la imposición por el Banco de cualquiera o de un conjunto de medidas que se describen en el documento de licitación recibido completas las *[aclaraciones, enmiendas, [****establecer el número en letras, según el caso****],* y las ha tomado en cuenta en la preparación de la oferta, y documentación para la presentación de esta licitación*(si las hubiere)*; **VI.** Que ha leído, comprendido y aceptado plenamente lo establecido en las especificaciones técnicas y demás documentos contractuales; y, **VII.** Que toda la información proporcionada en la oferta es veraz, sometiéndose a su verificación por parte del **MINSAL**, en el momento que dicha institución lo estime conveniente. El suscrito notario hace constar, que expliqué al compareciente sobre lo establecido en el Código Penal, en cuanto al delito de Falsedad Ideológica, regulado en el artículo doscientos ochenta y cuatro. - El compareciente me manifiesta, que, para los efectos legales de esta acta notarial, y para los demás que surgieren en el proceso de licitación, señala como domicilio esta ciudad, a cuyos tribunales se somete expresamente. Así se expresó el compareciente, a quien le expliqué los efectos legales de este instrumento, que consta de \_\_\_ folios, y leído que le fue por mí íntegramente en un solo acto sin interrupción, ratifica su contenido y firmamos. **DOY FE.**

| 1. Lista de Bienes o servicios y Plan de Entregas | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descripción de los Bienes o servicios** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar de destino convenido según se indica en los DDL** | **Fecha de Entrega** | | |
| **Fecha más temprana de entrega** | **Fecha límite entrega** | **Fecha de entrega ofrecida por el Oferente *[a ser especificada por el Oferente]*** |
| 1 | INCUBADORA DE TRANSPORTE CON VENTILADOR | 1 | C/U | HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE  Barrio el Calvario,Km. 33 antigua carretera Panamericana, Cojutepeque, Cuscatlán | 30 días calendario después de la distribución del Contrato | 120 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 1 | HOSPITAL NACIONAL DE SAN MIGUEL  Final 11a. Calle Poniente y 23 v.sur Colonia Ciudad Jardín, San Miguel |
| 2 | INCUBADORA FIJA | 1 | C/U | HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA  final 1 Avenida Sur No. 1 Santa Ana | 30días calendario después de la distribución del Contrato | 120 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 3 | LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MAYOR | 1 | C/U | HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE  Barrio el Calvario, Km. 33 antigua carretera Panamericana, Cojutepeque, Cuscatlán | 30 días calendario después de la distribución del Contrato | 120 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 1 | HOSPITAL NACIONAL DE SAN FRANCISCO GOTERA  Avenida Thompson Norte, Barrio santa Cruz, San Francisco Gotera, Morazán |

*Detallar todos los ítems ofertados y considerar que la fecha de entrega ofrecida se trata de días calendario contados a partir de la distribución del contrato.*

Lista de Servicios Conexos y Cronograma de Cumplimiento

| **Ítem** | **Descripción del Servicio** | **Cantidad** | | | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fecha(s) final(es) de Ejecución de los Servicios** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capacitación** | **Mantenimiento** | **Soporte Técnico** |
| 1 | INCUBADORA DE TRANSPORTE CON VENTILADOR | SI | SI/6 (semestral) | Según la especificación técnica | c/u | En los hospitales en las cuales serán utilizados, de conformidad a la Distribución establecida en el Anexo A | De conformidad a programación establecida con el Administrador de Contrato |
| 2 | INCUBADORA FIJA | SI | SI/6 (semestral) | Según la especificación técnica | c/u | De conformidad a programación establecida con el Administrador de Contrato |
| 3 | LÁMPARA CIELÍTICA PARA CIRUGÍA MAYOR | SI | SI/4 (semestral) | Según la especificación técnica | c/u | De conformidad a programación establecida con el Administrador de Contrato |

1. Especificaciones Técnicas

Se deberán foliar todas las páginas de la oferta, se elaborará cuadro comparativo del cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas; éstas se marcarán y se referenciarán en los catálogos presentados para verificar su conformidad. La referencia deberá realizarse de acuerdo al número de FOLIO, no de la numeración de los catálogos, esto con el fin de facilitar la evaluación de los ítems. De no cumplir este requisito la comisión de evaluación se reserva el derecho de consultar o evaluar la oferta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CODIGO MINSAL** | **DESCRIPCIÓN** | **País de Origen del Bien o servicio**  *[a ser especificado por el Oferente]* |
| **1** | **60303440** | **INCUBADORA DE TRANSPORTE CON VENTILADOR** | **País de origen:**  **Marca:**  **Modelo:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| Descripción | Unidad móvil para proveer un ambiente cerrado con control de temperatura minimizando la pérdida de calor de pacientes recién nacidos de término y prematuros a través del paso controlado de flujo de aire caliente durante procedimientos de transporte. |  |
| Modo de funcionamiento Servo-controlado:   * Regula el incremento de temperatura en función de la temperatura de la piel del neonato y de la temperatura deseada. * Rango: 35ºC (o menos) a 37ºC (o más). * El equipo debe realizar un auto chequeo al encenderse. * Ruido interno menor a 60 dB (uso normal) y 80 dB (con alarma audible activada). * Capacidad de mantener una temperatura de aire adecuada durante al menos tres horas operando con respaldo de batería. * Con sistema compatible para funcionar con suministro de energía eléctrica de ambulancia. * Fácil de manipular, levantar, ajustar y sujetar dentro de ambulancia. * Colchoneta fabricada en material hipo alergénico, durable y resistente a los líquidos de limpieza utilizados para desinfección.   Gabinete:   * Unidad con sistema de transporte de al menos 4 rodos conductivos con diámetro no menor a 125 mm y dispositivo de frenos en todos los rodos con funcionamiento hidráulico para subir y bajar de la ambulancia. * Todos los componentes externos tales como el cilindro de oxígeno de emergencia deben estar montados de manera segura. * Con construcción robusta y de material resistente tal como aluminio anodizado o material similar que permita el uso y limpieza rutinaria. * Resistente a la corrosión y a los líquidos utilizados para la desinfección. * Disponibilidad de al menos dos tomas corrientes grado hospitalario para conectar equipo auxiliar. * Con lámpara dentro o fuera de la cámara. * La cámara de la incubadora deberá ser transparente, de doble pared, resistente a los químicos de limpieza, que permita excelente visibilidad al frente, atrás y sobre la cubierta, con plataforma deslizable al exterior para realizar procedimientos sin sacar completamente de la incubadora al neonato. * Deberá contar con al menos dos compuertas para brazos, y al menos dos compuertas para tubos de respiradores. * También poseerá mecanismo de seguridad para prevenir una abertura completa y cierre accidental. * Diseño que no permita de ninguna manera quemaduras en el neonato. * Con sistema de recirculación de aire con micro filtro que permita remover al menos el 95% o más de partículas en el aire (0.3 micrones o más grandes); la toma de aire deberá mantener una ligera presión positiva dentro de la cámara evitando ingreso de polvo y protegiendo el aislamiento aun cuando las compuertas de acceso estén abiertas. * Que esté montada en base plegable de aluminio anodizado para el transporte de la unidad. * Sistema de montaje y sujeción de la unidad seguro y fácil de utilizar durante el transporte en ambulancia.   Características del Módulo de Control de Temperatura:   * Control de temperatura a través de microprocesador, con pantalla digital para mostrar temperatura del aire y del paciente, e indicadores de alarma de paciente y sistema. * Las mediciones y ajustes de temperatura con incrementos de 0.1°C. * Lectura del control de temperatura en grados Celsius como mínimo. * Termostato de seguridad. * La concentración de CO2 en el compartimiento del bebe no será mayor al 0.5%. * Rango de control de temperatura del aire: 25°C a 39°C. * Rango de control de temperatura de piel: 34°C a 39°C   Alarmas:   * Alarma visual y audible para indicar falla en el sistema. * Tipo de alarmas incluidas: * Alarma de alta y baja temperatura de aire. * Alarma de alta y baja temperatura de piel del paciente. * Alarma de falla de ventiladores. * Alarma de falla de sensores. * Alarma de falla de prueba del sistema. * Alarma de falta de energía eléctrica.   Ventilador   * Ventilador integrado (no externo). * Con soporte de batería preferiblemente independiente a la de la incubadora. * Compresor incorporado. * Capacidad de proporcionar mezcla y medición de concentración de FiO2, de flujo continuo, ciclado y controlado por presión y por tiempo, con sus respectivos medidores. * Modos de ventilación IMV y CPAP y sus circuitos de paciente inherentes al sistema. |  |
| Accesorios Incluidos | * Dos cilindros de oxígeno tipo “E” con manguera de acople, yugo de acople y herramienta para el desmontaje. * 2 micro filtros para recamara * 6 juegos de recambio de mangas para ventanas o puertas de acceso (para cada ventana). * 3 sensores de temperatura de piel. * 1 Colchoneta extra similar a la que viene con el equipo. * 1 Juego de baterías. * 2 Juegos de amarras para asegurar la incubadora dentro de la ambulancia. * 1 Manguera de oxígeno para conector de oxígeno empotrado a pared tipo Diamond. * 1 Manguera de aire comprimido para conector de oxígeno empotrado a pared tipo Diamond. |  |
| Características Eléctricas | * Voltaje: (120 ± 10%)VAC. * Frecuencia: 60 Hz. * Fases: 1. * Toma corriente polarizado, grado hospitalario. * Sistema a baterías recargables. * Cable de alimentación eléctrica con toma corriente grado hospitalario con longitud aproximada de 3 metros. * El funcionamiento de la unidad no deberá ser afectado por radiaciones de interferencia electromagnéticas, según norma IEC (presentar documentación de respaldo). |  |
| Características Mecánicas | * Incubadora móvil, de rodos con frenos, auto-soportada, con base plegable para el transporte de la unidad. * Dimensiones aproximadas de la incubadora incluyendo la plataforma que la sostiene:   Alto: (80 – 110) cm.  Ancho: (50 – 60) cm.  Profundo: (100 – 110) cm. |  |
| Garantía | Garantía por desperfectos de fabricación por un periodo de 3 años.  El equipo durante el periodo de garantía no podrá estar sin funcionamiento por falla un periodo mayor a 60 días calendario continuo, (periodo que no se deberá repetir más de dos eventos) caso contrario, deberá ser sustituido por un equipo nuevo, lo cual deberá ser a entera satisfacción del encargado del seguimiento y ejecución de contrato.  Deberá estar en capacidad de atender llamadas en un periodo no mayor de 24 horas calendario (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación verbal o escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato. |  |
| Información Técnica Requerida: | Con el equipo:  Manual de Operación en castellano  Manual de Partes  Manual de Servicio  Estos últimos dos preferiblemente en idioma castellano o en sudefecto en inglés.  Registro de la Dirección Nacional de Medicamentos(DNM) que autoriza la comercialización de los equipos en el territorio Salvadoreño y que no posee alertas sanitarias a nivel internacional al momento de su introducción al país |  |
| Capacitación: | La operación, limpieza y manejo del equipo impartidas al personal operador.  Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento que el establecimiento correspondiente, donde irán instalados los equipos, designe. |  |
| Mantenimiento (Rutinas de Mantenimiento preventivo) | Los equipos a los que se les requerirá rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera:  Laprimera visita deberá ser efectuada seis meses después posterior a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes y las demás rutinas se realizarán de forma espaciada por un periodo similar hasta que finalice la garantía, siendo laúltima en el mes del vencimiento de ésta; de conformidad con el programa de mantenimiento presentado al Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato.  La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. |  |
| Soportetécnico | La empresa deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado, con una experiencia mínima de 2 AÑOS en el mantenimiento de los equipos ofertados o similares, para lo cual el contratista deberá presentar la documentación de respaldo y atestados del personal de servicio técnico que lo avalen.  El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida. |  |
| Certificaciones, aprobaciones y normas a cumplir: | Certificado vigente del Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.  Aprobación de comercialización por cualquiera de estas entidades: Directiva 93/42CEE (marcado CE) de la Comunidad Europea, PMDA, JPAL o JIS para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.  Normas de seguridad eléctrica y/o funcionamiento específicas o equivalentes según IEC 60601-2-20 (Presentar documentación de respaldo). |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CODIGO MINSAL** | **DESCRIPCION** | **País de Origen del Bien o servicio**  [a ser especificado por el Oferente] |
| **2** | **60303400** | **INCUBADORA FIJA** | **País de origen:**  **Marca:**  **Modelo:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| Descripción | Unidad para proveer un ambiente cerrado con control de temperatura, minimizando la pérdida de calor de pacientes recién nacidos de término y prematuros a través del paso controlado de aire caliente. |  |
| Modos de funcionamiento servo-controlado:   * Regula el incremento de temperatura en función de la temperatura de la piel del infante y de la temperatura deseada. * Rango: 35ºC (o menos) a 37ºC (o más).   Gabinete:   * La unidad debe ser auto-soportada, con sistema de transporte de al menos 4 rodos conductivos (diámetro no menor de 12.5 cm.) y dispositivo de frenos en al menos dos de ellas. * Acabado de acero inoxidable u otro material de calidad equivalente, pintura al horno o epóxica, ninguna parte del equipo debe tener bordes con filo. * Todos los componentes externos deben estar montados de manera segura. * Disponibilidad de al menos un toma corriente doble grado hospitalario para conectar equipo auxiliar. * La cámara (hood) de la incubadora deberá ser transparente, de doble pared, resistente a los químicos de limpieza, que no se opaque tan fácilmente * Ventanas por los cuatro costados y una puerta frontal de acceso. * Al menos cinco compuertas para brazos, y al menos dos compuertas para tubos I.V. y tubos de respiradores, con mecanismo de seguridad para prevenir una abertura completa y cierre accidental. * La plataforma de colchón para el paciente deberá poseer un mecanismo que permita las posiciones TRENDELENBURG e inversa. * Diseño que no permita de ninguna manera quemaduras en el bebé. * La incubadora deberá utilizar un micro filtro tamaño grande que permita remover al menos el 95% de partículas en el aire (0.3 micrones o más grandes) la toma de aire deberá mantener una ligera presión positiva dentro de la cámara evitando ingreso de polvo y protegiendo el aislamiento aun cuando las compuertas de acceso estén abiertas.   Módulo de control de temperatura y concentraciones de gases:   * Incluye un microprocesador para el control del panel, centralizando todas las pantallas e indicadores. Esta pantalla muestran las lecturas de temperatura de control del aire y del paciente, humedad relativa y alarmas de paciente del sistema; preferiblemente ubicada en la parte superior de la incubadora. * Las mediciones y ajustes de temperatura con incrementos 0.1ºC. * Con indicadores digitales de temperatura tanto del aire como de piel del paciente. * Rango de control de temperatura del aire: (25 – 38) °C. * Rango de control de temperatura de piel: (34 – 38) °C * Lectura del control de temperatura en grados Celsius. * La concentración de CO2 en el compartimiento del bebé no será mayor al 0.5%. * El nivel de ruido será menor de 60 dB. * Humedad relativa: 0 a 95%. * Rango mínimo aproximado de concentración de oxígeno: 21 – 80%   Alarmas:   * Alarmas visuales y audibles para indicar falla en el sistema que puede causar resultados erróneos o inseguros. Las alarmas audibles y visuales deben ser fácilmente identificables y distinguibles.   Tipos de alarmas incluidas:   * Alarma de alta y baja temperatura de aire. * Alarma de alta y baja temperatura de piel del paciente. * Alarma de falla de ventiladores internos. * Alarma de falla de sensores internos * Alarma de falla de prueba del sistema. * Alarma de falta de energía eléctrica * Alarma de falla de circulación de aire interno.   Humidificador:   * Permita chequear desde el exterior: el nivel de agua y ajustar la cantidad de humedad. * Capaz de regular la humedad de 10 a 75% (mínimo). |  |
| Accesorios Incluidos | * 3 Sensor de temperatura de piel * 10 Mangas iris para compuerta de brazo * Manguera con conector de pared macho tipo DIAMOND para oxigeno * 8 Filtros de aire tipo micro filtro |  |
| Características Eléctricas | * Voltaje: (120 ±10%) VAC. * Frecuencia: 60 Hz. * Fases: 1. * Toma corriente polarizado, grado hospitalario. * Sistema a baterías recargables para funcionar en un rango de al menos 2 horas como mínimo. * Cable de alimentación eléctrica con toma corriente grado hospitalario con longitud aproximada de 3 metros. * El funcionamiento de la unidad no deberá ser afectado por radiaciones de interferencia electromagnéticas, según norma IEC (presentar documentación de respaldo). |  |
| Características Mecánicas | * La unidad deberá estar bien construida con material resistente y durable que permita el uso y limpieza rutinaria. Resistente a la corrosión y a los líquidos utilizados para la desinfección en ambientes hospitalarios. |  |
| Garantía | Garantía por desperfectos de fabricación por un periodo de 3 años.  El equipo durante el periodo de garantía no podrá estar sin funcionamiento por falla un periodo mayor a 60 días calendario continuo, (periodo que no se deberá repetir más de dos eventos) caso contrario, deberá ser sustituido por un equipo nuevo, lo cual deberá ser a entera satisfacción del encargado del seguimiento y ejecución de contrato.  Deberá estar en capacidad de atender llamadas en un periodo no mayor de 24 horas calendario (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación verbal o escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato. |  |
| INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA: | Con el equipo:  Manual de Operación en castellano  Manual de Partes  Manual de Servicio  Estos últimos dos preferiblemente en idioma castellano o en sudefecto en inglés.  Registro de la Dirección Nacional de Medicamentos(DNM) que autoriza la comercialización de los equipos en el territorio Salvadoreño y que no posee alertas sanitarias a nivel internacional al momento de su introducción al país |  |
| Capacitación: | La operación, limpieza y manejo del equipo impartidas al personal operador.  Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento que el establecimiento correspondiente, donde irán instalados los equipos, designe. |  |
| Mantenimiento (Rutinas de Mantenimiento preventivo) | Los equipos a los que se les requerirá rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera:  Laprimera visita deberá ser efectuada seis meses después posterior a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes y las demás rutinas se realizarán de forma espaciada por un periodo similar hasta que finalice la garantía, siendo la última en el mes del vencimiento de ésta; de conformidad con el programa de mantenimiento presentado al Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato.  La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. |  |
| Soportetécnico | La empresa deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado, con una experiencia mínima de 2 AÑOS en el mantenimiento de los equipos ofertados o similares, para lo cual el contratista deberá presentar la documentación de respaldo y atestados del personal de servicio técnico que lo avalen.  El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida. |  |
| CERTIFICACIONES, APROBACIONES Y NORMAS A CUMPLIR: | Certificado vigente del Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.  Aprobación de comercialización por cualquiera de estas entidades: Directiva 93/42CEE (marcado CE) de la Comunidad Europea, PMDA, JPAL o JIS para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.  Normas de seguridad eléctrica y/o funcionamiento específicas o equivalentes según IEC 60601- 2-19 (Presentar documentación de respaldo). |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CODIGO MINSAL** | **DESCRIPCIÓN** | **País de Origen del Bien o servicio**  *[a ser especificado por el Oferente]* |
| **3** | **60303480** | **LÁMPARA CIELÍTICA PARA**  **CIRUGÍA MAYOR** | **País de origen:**  **Marca:**  **Modelo:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS** | | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| Descripción | Lámpara monofocal para iluminar el campo quirúrgico en procedimientos de cirugía mayor, con suspensión de techo y desplazamiento mediante articulaciones independientes, de fácil maniobrabilidad. |  |
| * Lámpara cielítica para procedimientos de cirugía mayor, suspensión de un punto. * Con desplazamiento fácil de maniobrar, giro completo de 360º, ilimitado número de posiciones en los tres planos de trabajo. * De dos cuerpos. * Con tecnología LED, color blanco. * Tiempo de vida útil de los LED, al menos 40,000 horas de vida útil. * Intensidad luminosa de cada cuerpo de al menos 160,000 lux a una distancia de 1 metro. * Distancia de trabajo aproximada de 0.8 a 1.5 m. * Campo operatorio mínimo aproximado: 16-25 cm * Temperatura de color entre (4200 a 6000) ºK. * Incremento de temperatura en el campo operatorio: 10°C - 12ºC máximo. * Con sistema de facetas ó multifocal que no genere sombras. * Con maneral intercambiable y esterilizable en autoclave. * Con interruptor de encendido y control de intensidad luminosa de 0% al 100% de la intensidad en el cabezal de la lámpara. * Con sistema de respaldo de batería con cambio automático en caso de falla del suministro de energía eléctrica de al menos 30 minutos. * Preferiblemente con indicador visual de falla de bombilla, porcentaje de iluminación, porcentaje de tiempo restante del sistema de respaldo. * Índice de reproducción cromática no menor a 95. |  |
| Accesorios Incluidos | * 2 manerales de repuesto. * UPS integrado o externo a la lampara con un respaldo de 30 minutos como mínimo |  |
| Características Eléctricas | * Voltaje de alimentación: (120 ± 10%) VAC. * Frecuencia: 60 Hz * Fases: 1. |  |
| Características Mecánicas | * Fabricada en acero pintado resistente a la corrosión, cabezal resistente a golpes, con vidrio de protección. * Pintada al horno, totalmente lavable y resistente a los productos utilizados en la desinfección de salas de procedimientos quirúrgicos. * El suministrante deberá realizar las preinstalaciones mecánicas necesarias para realizar el montaje, si es necesario deberá incluir estructura de montaje, para lo cual deberá realizar visita técnica en el área donde serán instalados los equipos. |  |
| Condiciones de instalación | El suministrante deberá dejar instalados y funcionando los equipos a entera de satisfacción del Encargado del seguimiento y ejecución del contrato.  Deberá desmontar los equipos existentes en cada hospital y trasladarlos al área que el departamento de mantenimiento del hospital establezca. |  |
| Garantía | Garantía por desperfectos de fabricación por un periodo de 3 años.  El equipo durante el periodo de garantía no podrá estar sin funcionamiento por falla un periodo mayor a 60 días calendario continuo, (periodo que no se deberá repetir más de dos eventos) caso contrario, deberá ser sustituido por un equipo nuevo, lo cual deberá ser a entera satisfacción del encargado del seguimiento y ejecución de contrato.  Deberá estar en capacidad de atender llamadas en un periodo no mayor de 24 horas calendario (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación verbal o escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato. |  |
| Información Técnica Requerida: | Con el equipo:  Manual de Operación en castellano  Manual de Partes  Manual de Servicio  Estos últimos dos preferiblemente en idioma castellano o en sudefecto en inglés.  Registro de la Dirección Nacional de Medicamentos(DNM) que autoriza la comercialización de los equipos en el territorio Salvadoreño y que no posee alertas sanitarias a nivel internacional al momento de su introducción al país |  |
| Capacitación: | La operación, limpieza y manejo del equipo impartidas al personal operador.  Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento que el establecimiento correspondiente, donde irán instalados los equipos, designe. |  |
| Mantenimiento (Rutinas de Mantenimiento preventivo) | Los equipos a los que se les requerirá rutinas de mantenimiento preventivo deberán de realizarse de la siguiente manera:  Laprimera visita deberá ser efectuada seis meses después posterior a la fecha que conste en el documento de acta de entrega y recepción final de los bienes y las demás rutinas se realizarán de forma espaciada por un periodo similar hasta que finalice la garantía, siendo la última en el mes del vencimiento de ésta; de conformidad con el programa de mantenimiento presentado al Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato.  La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el Encargado del Seguimiento y Ejecución del Contrato. |  |
| Soportetécnico | La empresa deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado, con una experiencia mínima de 2 AÑOS en el mantenimiento de los equipos ofertados o similares, para lo cual el contratista deberá presentar la documentación de respaldo y atestados del personal de servicio técnico que lo avalen.  El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida. |  |
| CERTIFICACIONES, APROBACIONES Y NORMAS A CUMPLIR: | Certificado vigente del Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.  Aprobación de comercialización por cualquiera de estas entidades: Directiva 93/42CEE (marcado CE) de la Comunidad Europea, PMDA, JPAL o JIS para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.  Normas de seguridad eléctrica y/o funcionamiento específicas o equivalentes según IEC 60601- 2-41 (Presentar documentación de respaldo). |  |

2. Garantía de Cumplimiento

*[El banco, a solicitud del Oferente seleccionado, completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. En caso que la Garantía sea emitida por un Banco de un país extranjero, éste deberá tener corresponsalía con un Banco del país del Contratante. ]*

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

*LPN No. y Título: [indicar el No. y título del proceso licitatorio]*

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

**Beneficiario:** *[Nombre completo del Comprador]*

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

Se nos ha informado que *[nombre completo del Proveedor]* (en adelante denominado “el Proveedor”) ha celebrado el contrato No. *[indicar número]* de fecha *[indicar (día, mes, y año)* con ustedes, para el suministro de *[indique número, nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos]* (en adelante denominado “el Contrato”).

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

A solicitud del Proveedor, nosotros por medio de la presente garantía nos obligamos irrevocablemente a pagarles a ustedes una suma o sumas, que no excedan *[indicar la(s) suma(s) en cifras y en palabras]*[[1]](#footnote-2) contra su primera solicitud por escrito, acompañada de una declaración escrita, manifestando que el Proveedor está en violación de sus obligaciones en virtud del Contrato, sin argumentaciones ni objeciones capciosas, sin necesidad de que ustedes prueben o acrediten las causas o razones de su demanda o la suma especificada en ella.

Esta Garantía tendrá una vigencia de ….. días contados a partir de la distribución del contrato, Esta garantía expirará a más tardar el *[indicar el número] día* de *[indicar el mes* de *[indicar el año][[2]](#footnote-3),* y cualquier reclamación de pago bajo esta garantía deberá ser recibida por nosotros en esta oficina en o antes de esa fecha.

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

\_\_\_\_\_\_\_

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

3. Garantía de Cumplimiento (Fianza)

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

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

POR CUANTO el Proveedor ha celebrado un Contrato escrito con el Comprador con fecha de de 20 , para [número, nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos], de conformidad con los documentos, planos, especificaciones y enmiendas respectivas, los cuales, en la medida aquí contemplada, forman parte de la presente fianza a modo de referencia y se denominan en lo sucesivo el Contrato. [[3]](#footnote-4)Esta Garantía tendrá una vigencia de ….. días contados a partir de la distribución del contrato, la cual vencerá a más tardar el …. de …… de …

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

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

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

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

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

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

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

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

FIRMADO EL en nombre de

1. *El banco deberá insertar la suma establecida en las CEC y denominada como se establece en las CEC, ya sea en la(s) moneda(s) del Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Comprador.*  [↑](#footnote-ref-2)
2. *Las fechas han sido establecidas de conformidad con la Cláusula 17.4 de las Condiciones Generales del Contrato (“CGC”) teniendo en cuenta cualquier otra obligación de garantía del Proveedor de conformidad con la Cláusula 15.2 de las CGC, prevista a ser obtenida con una Garantía de Cumplimento parcial. El Comprador deberá advertir que en caso de prórroga del plazo para cumplimiento del Contrato, el Comprador tendrá que solicitar al banco una extensión de esta Garantía. Dicha solicitud deberá ser por escrito y presentada antes de la fecha de expiración establecida en la Garantía. Al preparar esta Garantía el Comprador pudiera considerar agregar el siguiente texto en el Formulario, al final del penúltimo párrafo: “Nosotros convenimos en una sola extensión de esta Garantía por un plazo no superior a [seis meses] [un año], en respuesta a una solicitud por escrito de dicha extensión por el Comprador, la que nos será presentada antes de la expiración de la Garantía.”* [↑](#footnote-ref-3)
3. [↑](#footnote-ref-4)