**SECCIÓN IV**

**FORMULARIOS DE LA OFERTA**

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

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDES II-506-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “*ADQUISICIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y MONITORES DE SIGNOS VITALES PARA LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL*.”**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

De mi consideración:

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

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

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

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

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

6. Información del Representante autorizado del Oferente:

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

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

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

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

7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos:

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

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

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

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

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

**Formulario 02. Formulario de la Oferta**

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDES II-506-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “*ADQUISICIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y MONITORES DE SIGNOS VITALES PARA LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL*”.**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

De mi consideración:

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDES II-506-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “*ADQUISICIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y MONITORES DE SIGNOS VITALES PARA LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL*”.**

**Fecha:** (fecha de presentación de la oferta)

| **ART.** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** **(IVA INCLUIDO)**  | **PRECIO TOTAL(IVA INCLUIDO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Cama eléctrica para cuidados intensivos. | *C/U* | *8* | *$* | *$* |
|  | Mantenimiento Preventivo | *C/U* | *8* | *$* | *$* |
|  | Capacitación | *C/U* | *3* | *$* | *$* |
| 2 | Monitor de gasto cardíaco por termodilución | *C/U* | *2* | *$* | *$* |
|  | Mantenimiento Preventivo | *C/U* | *2* | *$* | *$* |
|  | Capacitación | *C/U* | *3* | *$* | *$* |
|  |  |  |  | **TOTAL** | *$* |

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

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

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

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

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

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

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

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

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS**

Importante: Presentar documentación como Brochures, catálogos, u hojas técnicas en la que se puedan verificar la totalidad de las especificaciones solicitadas. Deberán foliar todas las páginas de la oferta, éstas se marcarán en el cuadro comparativo y se referenciarán en las fichas presentadas para verificar su conformidad. La referencia deberá realizarse de acuerdo al número de FOLIO de la oferta, no de la numeración de los catálogos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **1** | **60303562** | **42191808** | **CAMA ELÉCTRICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS** | **8** |

| **MOBILIARIO ESPECIALIZADO** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  | **MARCA:** **MODELO:** **PAÍS DE ORIGEN:** |
| Cama eléctrica diseñada para ser utilizada en la atención de pacientes en estado crítico. 1. Control:
	1. Panel de control integrado en los barandales y en piecero, con sistema de seguridad para restricción de su operación por el paciente.
	2. Con control remoto o sistema de pedal para trabajo de manos libres de los movimientos subir bajar lecho de cama y respaldo principalmente.
	3. Regulación en altura eléctrica, dentro de un rango entre 40 cm y 80 cm (± 5 cm)
	4. Alarmas audibles y visuales de:
		1. Falla de energía eléctrica.
		2. Estado de batería baja
		3. De salida de paciente
2. Activación eléctrica de las posiciones:
	1. Horizontal o de tratamiento (0°)
	2. Trendelemburg y anti-Trendelemburg 15° ± 3°
	3. Posición Fowler.
	4. Silla cardíaca.
	5. Posición vascular.
	6. Auto contorno.
	7. Con botón para posición de RCP que permita movimientos inmediatos para posición horizontal, para maniobras de reanimación cardiopulmonar, en ambos lados de la cama, con movimiento suave o amortiguado.
3. Estructura:
	1. Cabecero y piecero desmontable.
	2. Barandas divididas para tronco y pies, abatibles y/o plegables, construidas de material no-conductivo como plástico ABS, HDPE u otro material equivalente.
	3. Lecho de cama construido en acero, plástico ABS, HDPE u otro material de equivalente resistencia.
	4. De 4 o más planos
	5. Soporte para chasis de rayos x
	6. Indicador de angulación
	7. Con lámpara nocturna
	8. Cuatro receptáculos para soporte de suero ubicados en las esquinas de la cama.
	9. Soporte de ayuda para que el paciente se pueda levantar de la cama.
	10. Con topes en las cuatro esquinas tipo protectores ahulados o rodos fabricados en plástico ABS o similar.
	11. 4 ruedas con freno centralizado, de fácil maniobrabilidad y silenciosas, fabricadas de hule, caucho conductivo u otro material anti pelusa con diámetro entre: 12 -15 cm o mayor; con quinta rueda para mejor movilidad en espacios reducidos.
	12. Capacidad de carga: 550 lb (250 kg) o mayor incluyendo accesorios
	13. Estructura construida en acero, con recubrimiento de pintura en polvo electrostática o epoxi o similar.
	14. Con accesorios y soportes integrados de fácil acceso.
	15. De fácil limpieza y resistente a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.
4. Condiciones eléctricas:
	1. Conexión a 120 VCA ±10%, 60Hz, 1 fase.
	2. Con cable de alimentación y toma corriente Grado Hospitalario.
	3. Con batería de respaldo eléctrico ≥ 2 horas.
	4. Grado de protección frente a lesiones por la corriente eléctrica: tipo B
5. Dimensiones de la cama (aproximadas de referencia: ±5 cm)
	1. Ancho: 98-105 cm.
	2. Largo: 200-215 cm.
6. Las dimensiones de cama deben estar de acuerdo a las “Recomendaciones de reducir entrampamientos de pacientes en camas hospitalarias” dadas por la FDA en “Hospital Bed System Dimensional and Assessment Guidance to Reduce Entrapment”
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR CADA CAMA** |  |
| 1. **COLCHÓN ANTI ESCARAS ACTIVO:**
	1. Sistema de insuflación de aire por medio de compresor que regule la firmeza de la superficie del colchón.
	2. Colchón integrado en todas las funciones de la cama.
	3. Anti escaras con diseño para reducción de presión en toda su superficie o función de presión alternante.
	4. Con sistema de desinflado de emergencia para maniobras de RCP
	5. Tamaño aproximado del colchón: mayor o igual a 200 cm de largo x 90 cm de ancho x 12 cm de alto (± 5 cm)
2. **UN (1) ATRIL PORTASUERO DE 2 a 4 GANCHOS, REGULABLE EN ALTURA.**
3. **UN (1) CONTROL REMOTO** para todas las funciones de la mesa, con cable espiral.
4. **BÁSCULA** de precisión integrada a la cama, con dato de peso en tiempo real.
5. **CABLE** de equipotencialidad a tierra de al menos 6 pies de largo para conexión a tomas existentes a tierra de pendantes en UCI Zacamil.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. **CON LA OFERTA:**
	1. Presentar documentación técnica: Brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio u hojas técnicas completas en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
2. **CON LA ENTREGA DEL MOBILIARIO:**
	1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio.
	2. De estos últimos será necesaria una copia en físico y una copia en memoria extraíble USB, preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés entregada al hospital y una copia en memoria extraíble tipo USB con la información de brochures y de servicio a la UGEB.
 |  |
| **CERTIFICACIONES Y NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Las camas deben cumplir la norma IEC/EN 60601-2-52 o equivalente relacionada con los requisitos particulares para la seguridad básica y funcionamiento esencial de las camas de hospital.
 |  |
| **CARTAS COMPROMISO REQUERIDAS** |  |
| 1. Por el período de garantía solicitado.
2. Por el listado de accesorios a incluir por equipo.
3. Por los servicios conexos.
4. Que los bienes a suministrar deberán ser totalmente nuevos con tiempo de fabricación no mayor a 12 meses (no reconstruidos o modificados).
5. Compromiso de no obsolescencia del modelo a ofertar.
6. Disponibilidad de repuestos por un período no menor a cinco (5) años.
7. Registro Sanitario o Constancia de exclusión, que emite la Dirección Nacional de Medicamentos. Si es válido el registro, éste deberá estar vigente o en su defecto que al momento de la entrega se encuentra gestionando dicho registro.
 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS** |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA: 120 días calendario**
2. **GARANTÍA: Garantía de Un (1) año contra desperfectos de fabricación.**
3. **CAPACITACIÓN para personal usuario y personal de mantenimiento**
	1. 2 Jornadas de 2 horas para personal usuario y para personal de mantenimiento 1 jornada de 4 horas.
	2. Incluir todo el material y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
	3. El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en cada uno de los temas y certificado por el fabricante (deberán presentar certificados).
4. **MANTENIMIENTO PREVENTIVO**
	1. Deberá realizar rutinas de mantenimiento semestral, 1 por artículo, 8 en total.
	2. Con la entrega de los equipos se deberá presentar calendario de la realización del mantenimiento preventivo.
	3. La capacidad de atención del suministrante de solicitud de reparaciones deberá estar disponible las 24 horas y los 365 días del año, incluyendo fines de semana, periodos de vacaciones y días feriados nacionales.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **2** |  **60303710** | **42181903** | **MONITOR DE GASTO CARDÍACO POR TERMODILUCIÓN** | **2** |

| **EQUIPO ESPECIALIZADO** |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**  | **MARCA:**  **MODELO:** **PAÍS DE ORIGEN:** |
| 1. Monitor de signos vitales multiparámetro con medición de gasto cardiaco por sistema PiCCO®, para atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos.
2. Monitor de tipo modular, o combinado que permita registrar y presentar en pantalla lo siguientes parámetros como mínimo: curva electrocardiográfica, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, oximetría de pulso, presiones invasivas y no invasiva y gasto cardíaco por sistema PiCCO®
3. Que tenga la capacidad para adicionar módulo de saturación regional cerebral de oxígeno e índice biespectral (BIS) a futuro.
4. Monitor de cabecera paciente adulto y pediátrico.
5. Pantalla:
	1. Pantalla color, táctil, tecnología TFT o tecnología mejorada.
	2. Tamaño de pantalla de 17 pulgadas como mínimo, resolución 1280 x 720 pixeles como mínimo.
	3. Teclado, menús y mensajes en pantalla deben de ser en idioma español.
	4. Presentación de al menos 12 curvas fisiológicas simultáneas e información numérica: saturación de O2, tendencia de ECG, tendencias de frecuencia respiratoria, presiones invasivas y gasto cardiaco.
6. Signos vitales monitoreados:
	1. ECG
		1. Electrocardiograma en doce derivaciones con presentación opcional de las doce graficas de ECG en pantalla.
		2. Frecuencia cardiaca con rango de 30 a 300 LPM.
		3. Capacidad de análisis de al menos 16 tipos diferentes de arritmias.
		4. Con conformidad con estándar IEC 60601-2-27.
		5. Cable de paciente para al menos 6 derivaciones.
		6. Velocidad de barrido: 12.5 mm/s, 25 mm/s y 50 mm/s como mínimo.
		7. Ganancia de: 0.25, 0.5, 1, 2 o 2.5 como mínimo.
		8. Selección de ancho de banda para modos diagnóstico y monitor.
		9. CMRR ≥ 90 dB.
		10. Detección de marcapasos.
		11. Protección contra desfibrilación.
		12. Análisis de arritmia.
		13. Análisis de segmentos ST y QT.
	2. Frecuencia Cardiaca
		1. Rango de 30 a 300 LPM o mayor
		2. Exactitud de ±1 LPM o ±1%
	3. SPO2
		1. Oximetría de pulso (SPO2) con grafica de onda pletismográfica y valor numérico en pantalla,
		2. con rango de 10 a 99% o más amplio,
		3. exactitud de ±3% o mejor.
		4. Indicador de perfusión,
		5. medición de ritmo cardiaco de 30 a 250 LPM con una exactitud de 3 LPM o mejor.
		6. Conformidad con estándar ISO 80601-2-61.
	4. Frecuencia Respiratoria
		1. Frecuencia respiratoria con rango mínimo de 5 a 150 respiraciones por minuto, con alarma de apnea.
		2. Tiempo de apnea configurable
		3. Exactitud de ±2 RPM o mejor.
	5. PANI
		1. Presión no-invasiva en modo manual, automático a diferentes intervalos de tiempo y continuo.
		2. Método oscilométrico,
		3. Con rango de medición de:
			1. Presión sistólica: 25-270 mmHg o rango mayor
			2. Presión diastólica: 10-240 mmHg o rango mayor
			3. Presión media: 20-230 mm Hg o rango mayor
		4. Exactitud de medida de ± 5 mmHg o mejor,
		5. Despliegue numérico de presión sistólica, diastólica y media.
		6. Presión de insuflación de manga configurable
		7. Protección contra sobre presión en insuflación.
		8. Conformidad con el estándar ISO 80601-2-30
	6. Temperatura
		1. Medición de Temperatura en 2 canales como mínimo.
		2. Con rango mínimo entre (20 a 42)°C o rango mayor.
		3. Precisión de medida de 0.1 °C
		4. Exactitud de medida de ±0.2°C o mejor.
		5. Conformidad con estándar ISO 80601-2-56
	7. Presión invasiva
		1. Al menos dos canales de presión invasiva, con presentación de onda y valor numérico en pantalla.
		2. Rango de -50 a 300 mmHg o más amplio y calibración a cero.
		3. Exactitud de medida de ± 5 mmHg o mejor,
		4. Despliegue de valores numéricos sistólica, diastólica y media con límites de alarmas alto y bajo para cada uno.
		5. Función de etiquetado de al menos las siguientes presiones: arterial, pulmonar, intracraneal, y venosa central.
		6. Conformidad con estándar IEC 60601-2-34.
	8. Gasto Cardiaco,
		1. Monitoreo de gasto cardiaco con sistema PiCCO®
		2. Rango de medición y variación de coeficiente:
			1. Gasto Cardíaco Continuo (CCO) de 0.25 a 25.0 L/min o rango mayor con ≤ 2% o mejor
			2. Gasto Cardíaco (C.O.) de 0.25 a 25.0 L/min o rango mayor con ≤ 2% o mejor
			3. Índice Global al Final de Diástole (GEDV) de 40 a 4800 mL o rango mayor con ≤ 3% o mejor
			4. Volumen Sistólico (SV) de 1 a 250 mL o rango mayor con ≤ 2% o mejor
			5. Agua Extravascular Pulmonar (EVLW) de 25 a 5000 mL o rango mayor con ≤ 6% o mejor
			6. Volumen de Sangre Intratorácica (ITBV) de 50 a 5000 mL o rango mayor con ≤ 3% o mejor
			7. (VVS) Variabilidad de Volumen Sistólico.
			8. (VVP) Variabilidad de Presión de Pulso.
			9. (RVSi) índice de Resistencia Vascular Periférica.
		3. Capacidad de visualizar parámetros en pantalla.
7. Visualización de gráficos de interpretación hemodinámica.
8. Evaluación de paciente con riesgo de sepsis y estado clínico del paciente.
9. Cálculos de función Pulmonar y Cálculos de Medicamentos.
10. Registrador o impresor por arreglo térmico con barrido de 25 mm/s y 50 mm/s
11. Almacenaje:
	1. Tendencias gráficas y numéricas de 72 horas como mínimo de todos los parámetros, seleccionables por el usuario.
	2. Capacidad de registrar al menos 1000 eventos de alarmas clínicas, arritmias, alarmas técnicas entre otros.
12. Con capacidad para conectarse a red central de monitoreo.
13. Conectividad e interfaces
	1. Wifi con protocolo IEEE 802.11a/b/g/n o mejor.
	2. Un (1) puerto de red RJ45 100 Base-TX o mejor.
	3. Dos (2) puertos USB 2.0 o superior
	4. Un conector equipotencial.
14. Alarmas:
	1. Alarmas audibles y visuales de todos los parámetros monitorizados con función que permita revisar y modificar los límites superior e inferior de los siguientes parámetros: saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, presión arterial no invasiva (sistólica, diastólica), temperatura, frecuencia respiratoria y alarma de apnea y presiones invasivas.
	2. Con silenciador de alarmas.
	3. Debe identificar como mínimo tres niveles de prioridad en las alteraciones fisiológicas.
15. Guía de usuario incluida en el equipo que facilite la solución de problemas.
16. Calibración manual y/o automática.
17. Características eléctricas:
	1. Voltaje: 120VAC +/- 10%, 60 Hz, Fases: 1
	2. Tipo de seguridad eléctrica: según norma IEC 60601 -1 o equivalente.
	3. Toma corriente grado hospitalario.
	4. Batería con capacidad de soporte de 1 hora o más.
18. Características mecánicas:
	1. Chasis construido de material resistente a la corrosión y a los líquidos utilizados para desinfección hospitalaria.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR CADA EQUIPO** |  |
| 1. Seis (6) brazaletes adulto reusable con manga y accesorios para medir PANI (2 Tamaños adulto pequeño, 2 adulto y 2 adulto grande)
2. Dos (2) brazaletes pediátrico reusable con manga y accesorios para medir PANI.
3. Dos (2) cables de interface. (si aplica).
4. Dos (2) cables de paciente para ECG de 5 electrodos.
5. Dos (2) Cables troncales con su respectivo sensor con conector tipo Nellcor ds100-A (adulto y pediátrico), reusable para oximetría de pulso (SPO2) impermeables tipo suave de silicona libre de látex.
6. Dos (2) Sensores de temperatura transcutáneo reusable (de piel o superficie).
7. Dos (2) cables troncales para transductor y transductor de presión invasiva reusable, con veinte (20) domos desechables, cien (100) kits de transductor desechables y todos los accesorios necesarios para la medición de presión invasiva (80 kits para presión arterial invasiva y 20 para presión intracraneal).
8. Dos cables reutilizables para uso con kits de medición de gasto cardíaco.
9. Diez (10) kits completos para medición de gasto cardiaco por sistema PiCCO®.
10. Quinientos (500) electrodos de ECG desechables.
11. Dos (2) rollos de papel para impresión.
12. Con brazo ajustable para soporte del monitor en pendantes existentes en UCI del Hospital.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. **CON LA OFERTA:**
	1. Presentar documentación técnica: Brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio u hojas técnicas completas en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
2. **CON LA ENTREGA DEL EQUIPO:**
	1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio
	2. De estos últimos será necesaria una copia en físico y una copia en memoria extraíble USB, preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés entregada al hospital y una copia en memoria extraíble tipo USB con la información de brochures y de servicio a la UGEB.
 |  |
| **CERTIFICACIONES Y NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Normativa de seguridad eléctrica IEC 80601-2-49 o equivalente.
 |  |
| **CARTAS COMPROMISO REQUERIDAS** |  |
| 1. Por el período de garantía solicitado.
2. Por el listado de accesorios a incluir por equipo.
3. Por los servicios conexos.
4. Que los bienes a suministrar deberán ser totalmente nuevos con tiempo de fabricación no mayor a 12 meses (no reconstruidos o modificados).
5. Compromiso de no obsolescencia por parte del fabricante del modelo a ofertar un período no menor a cinco (5) años.
6. Que tendrán la disponibilidad de repuestos por un período no menor a cinco (5) años.
7. Registro Sanitario que emite la Dirección Nacional de Medicamentos. Si es válido el registro, éste deberá estar vigente o en su defecto que al momento de la entrega se encuentra gestionando dicho registro.
 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS** |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA: 120 días calendario**
2. **GARANTÍA: Garantía de dos (2) años contra desperfectos de fabricación.**
3. **CAPACITACIÓN para personal usuario y personal de mantenimiento**
	1. 2 jornadas de 4 horas para personal usuario y 1 jornada de 8 horas para personal de mantenimiento.
	2. Incluir todo el material y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
	3. El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en cada uno de los temas y certificado por el fabricante (deberán presentar certificados).
4. **MANTENIMIENTO PREVENTIVO**
	1. Deberá realizar rutinas de mantenimiento semestral, 1 por cada artículo, 2 en total.
	2. Con la entrega de los equipos se deberá presentar calendario de la realización del mantenimiento preventivo.
	3. Deberá incluir todo el material gastable, insumos instrumentos y/o equipo necesario para desarrollar las correspondientes rutinas de mantenimiento según recomendación de fabricante.
 |  |

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

***“ADQUISICIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y MONITORES DE SIGNOS VITALES PARA LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL”***

| **N° de art.** | **Descripción de los Bienes** | **Cantidad** | **Lugar de destino convenido**  | **Fecha de Entrega**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente *[a ser proporcionada por el Oferente]*** |
| 1 | CAMA ELÉCTRICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS | 8 | *Hospital Nacional Zacamil, Dr. Juan José Fernández.**Dirección: Calle la Ermita y Avenida Castro Morán, Urbanización José Simeón Cañas, Colonia Zacamil, Mejicanos, San Salvador.*   |  *5 días calendarios a partir de la distribución del contrato* |  *120 días calendarios a partir de la distribución del contrato* | *[indicar el número de días de entrega de los suministros ofertados]* |
| 2 | MONITOR DE GASTO CARDÍACO POR TERMODILUCIÓN | 2 | *5 días calendarios a partir de la distribución del contrato* | *120 días calendarios a partir de la distribución del contrato* | *[indicar el número de días de entrega de los suministros ofertados]* |

 **[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

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

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDES II-506-LPN-B-MINSAL**

**“ADQUISICIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y MONITORES DE SIGNOS VITALES PARA LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL”**

Fecha: *[indique la fecha]*

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

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Formulario 07. Autorización del Fabricante**

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

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDES II-506-LPN-B-MINSAL**

**“*ADQUISICIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y MONITORES DE SIGNOS VITALES PARA LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL*”**

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

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

POR CUANTO

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

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía por un período de: *[indicar plazo de garantía de fábrica]*, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

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

Cargo: *[indicar cargo]*

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

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

**Formulario 08: Facturación Promedio Anual**

Presentamos los Estados Financieros de los años 2019, 2020 y 2021, para verificar el dato proporcionado de la Facturación Promedio de los tres años.

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

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

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

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

**Formulario 9: Experiencia Específica del Oferente**

**[insertar la fecha]**

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

\* Para cada contratante, indicar el nombre, dirección, teléfono, fax, e-mail, persona de contacto y cargo.

\*\* Si el contrato lo ejecutó asociado, indicar en esta casilla el nombre del o de los socios

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

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

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

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

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