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

**Licitación Pública Nacional LPN No: *PRIDESII-570-LPN-B-MINSAL.***

***Título de la adquisición:* ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO Y DE DIAGNÓSTICO BÁSICO PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

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*

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: *PRIDESII-570-LPN-B-MINSAL.***

***Título de la adquisición:* ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO Y DE DIAGNÓSTICO BÁSICO PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA**

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]*.

Metodología y Aplicación de los Descuentos. Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *[Detallar claramente la metodología de aplicación de 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 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**

*[El Oferente completará los Formularios de Listas de Precios de bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos, acuerdo con las instrucciones indicadas. La Lista de Artículos y Lotes de este formulario deberá coincidir con la Lista de Requerimientos detallada por el Contratante en los Requisitos de los Bienes y Servicios.]*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ART.** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD***(a)* | **PRECIO UNITARIO***(b)* | **PRECIO TOTAL***(c)* |
| 1 | COMPRESOR DE AIRE PARA NEBULIZAR DE 2 A 4 SALIDAS | C/U | 4 |   | *c=a\*b* |
| * + CAPACITACIÓN
 | Jornadas | 4 |  |  |
| * + MANTENIMIENTO PREVENTIVO
 | Visita | 1 |  |  |
| 2 | DESTRUCTOR DE AGUJAS | C/U | 32 |   |   |
| * + CAPACITACIÓN
 | Jornada | 3 |  |  |
| * + MANTENIMIENTO PREVENTIVO
 | Visita | 1 |  |  |
| 3 | EXTRACTOR ELÉCTRICO DE LECHE | C/U | 9 |  |  |
| * + CAPACITACIÓN
 | Jornada | 3 |  |  |
| * + MANTENIMIENTO PREVENTIVO
 | Visita | 1 |  |  |
| 4 | GLUCÓMETRO PERSONAL CON TIRAS INCLUIDAS | C/U | 27 |  |  |
| 5 | ILUMINADOR DE VENAS | C/U | 28 |  |  |
| 6 | ESTETOSCOPIO BIAURICULAR PARA ADULTO DOBLE CAMPANA | C/U | 26 |  |  |
| 7 | ESTETOSCOPIO BIAURICULAR PEDIÁTRICO DOBLE CAMPANA | C/U | 8 |  |  |
| 8 | ESTETOSCOPIO BIAURICULAR NEONATAL, DOBLE CAMPANA | C/U | 8 |  |  |
| 9 | FLUJÓMETRO DE AIRE MÉDICO | C/U | 134 |  |  |
| 10 | FLUJÓMETRO DE OXIGENO | C/U | 186 |  |  |
| 11 | LÁMPARA PARA EXAMEN TIPO CUELLO DE GANSO | C/U | 44 |  |  |
| 12 | LAMPARA DE MANO PARA EXAMEN | C/U | 44 |  |  |
| 13 | RESUCITADOR MANUAL ADULTO | C/U | 26 |  |  |
| 14 | RESUCITADOR MANUAL NEONATAL | C/U | 7 |  |  |
| 15 | RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO | C/U | 7 |  |  |
| 16 | REGULADOR DE VACÍO | C/U | 226 |  |  |
| CAPACITACIÓN | Jornada | 3 |  |  |
| MANTENIMIENTO PREVENTIVO | Visita | 1 |  |  |
| 17 | SET DE DIAGNOSTICO | C/U | 20 |  |  |
| 18 | TENSIÓMETRO ANEROIDE ADULTO CON BRAZALETES | C/U | 64 |  |  |
| 19 | TENSIÓMETRO ANEROIDE PEDIÁTRICO DE TRES BRAZALETES | C/U | 14 |   |   |
| 20 | TERMOMETRO ELECTRONICO DIGITAL PARA MEDICION DE TEMPERATURA CORPORAL, GRADUADO EN ESCALA CELSIUS, REUSABLE | C/U | 40 |  |  |
|  |  |  |  | **SUBTOTAL** *(d)* | ***d =∑ (todos los artículos)*** |
|  |  |  |  | **IVA** *(e)* | ***(e) = (d) \* xx%*** |
|  |  |  |  | **TOTAL** *(f)* | ***(f) = (d) + (e)***  |

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

**Desglose de precios de Servicios Conexos**

| **Servicio** | **Descripción del servicio** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(Sin IVA)** | **(Sin IVA)** |
| **Art. 1** | **COMPRESOR DE AIRE PARA NEBULIZAR DE 2 A 4 SALIDAS** |  |  |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 2 jornadas | * Jornadas de 1 horas c/u
* Capacitación relacionada a la Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
 | A coordinarse con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | 2 jornadas | * Jornadas de 1 horas c/u
* Capacitación relacionada a la Operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros
 |  |  |
| **MANTEMIENTO PREVENTIVO** |  |  |  |  |  |
|  | Durante vigencia de la garantía del equipo: (período anual) | 1 visita | A los 12 meses de puesto en funcionamiento el bien | En hospital Nacional de la Zona Norte |  |  |
| **ART. 2** | **DESTRUCTOR DE AGUJAS** |  |  |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornada | * Jornadas de 1 horas c/u
* Capacitación relacionada a la Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
 | A coordinarse con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | 2 jornadas | * Jornadas de 1 horas c/u
* Capacitación relacionada a la Operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros
 |  |  |
| **MANTEMIENTO PREVENTIVO** |  |  |  |  |  |
|  | Durante vigencia de la garantía del equipo | 1 visita | A los 12 meses de puesto en funcionamiento el bien | En hospital Nacional de la Zona Norte |  |  |
| **ART. 3** | **EXTRACTOR ELÉCTRICO DE LECHE** |  |  |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornada | * Jornadas de 1 horas c/u
* Capacitación relacionada a la Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
 | A coordinarse con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | 2 jornadas | * Jornadas de 1 horas c/u
* Capacitación relacionada a la Operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y 9de error, fallas comunes y limpieza, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros
 |  |  |
| **MANTEMIENTO PREVENTIVO** |  |  |  |  |  |
|  | Durante vigencia de la garantía del equipo | 1 visita | A los 12 meses de puesto en funcionamiento el bien | En hospital Nacional de la Zona Norte |  |  |
| **ART. 16** | **REGULADOR DE VACÍO** |  |  |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. | 1 jornada | * Jornadas de 1 horas c/u
* Capacitación relacionada a la Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
 | A coordinarse con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento | 2 jornadas | * Jornadas de 1 horas c/u
* El temario de la capacitación que será coordinada con el Administrador de Contrato.
 |  |  |
| **MANTEMIENTO PREVENTIVO** |  |  |  |  |  |
|  | Durante vigencia de la garantía del equipo | 1 visita | A los 12 meses de puesto en funcionamiento el bien | En hospital Nacional de la Zona Norte |  |  |
|  |  |  |

*Los precios detallados en este formulario son sin IVA, y son los mismos detallados en el Formulario 3. Formularios de Listas de Precios.*

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:** **(detallar marca ofertada)****MODELO:** **(detallar modelo ofertado)****PAÍS DE ORIGEN: (detallar país de fabr. bienes)** |
| **1** | **60302552** | **42271802** | **COMPRESOR DE AIRE PARA NEBULIZAR DE 2 A 4 SALIDAS** | **4** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Nebulizador tipo compresor.
2. De dos a cuatro (2-4) salidas.
3. Accionamiento por membrana o pistón.
4. Para trabajo contínuo.
5. Auto soportado.
6. Con conector metálico en la entrega de flujo.
7. Flujo: mayor o igual a 20 litros/min.
8. Tasa media de Nebulización cualquier valor dentro de un rango entre: 0.25 y 0.35 ml/min.
9. Presión de operación hasta (50 ± 5) PSI.
10. Con válvula de alivio para evitar sobre presiones.
11. Con manómetro incorporado para medir la salida.
12. Frascos humidificadores reusables y todos los aditamentos para su correcto funcionamiento
13. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN/SERVICIO** |
| **4** | **EMERGENCIA. TERAPIA RESPIRATORIA** |

 | A completar por oferente.Enumerar especificaciones ofertadas conforme a lo solicitado e indicado en la columna de la izquierda, haciendo referencia del folio donde puede confirmar la especificación de referencia con los catálogos, brochure, hojas técnicas, etc. |
| **CONDICIONES ELECTRICAS Y MECANICAS** |  |
| 1. Voltaje: 120VCA ± 10%, 60 Hz, Fases: 1, Toma corriente macho, polarizado, según NEMA 5-15P.
2. Motor no menor a 1/8 HP
3. Libre de aceite
4. Resistente a la corrosión y a limpiadores utilizados en ambientes hospitalarios.
5. Portátil, operación silenciosa (menor a 60 dB a un metro de distancia).
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. Cuatro (4) Frascos humidificadores reusables
2. 200 micro nebulizadores descartables con set completo para:
	1. Cien (100) mascarillas para adultos descartables.
	2. Cien (100) mascarillas pediátricas descartables.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 o ISO 9001 o equivalente.
2. Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1-2:2008 o equivalente.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. **Con la entrega de cada 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, así mismo deberá entregar una copia en memoria extraíble USB para la UGEB.
 |  |
| **PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO Y RECEPCIÓN** |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato.
 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS (presentar carta compromiso):** |  |
| 1. **Tiempo de entrega**: 120 días calendario**.** El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final.
 |  |
| 1. **Garantía**: 2 años, el período de la garantía iniciará a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |
| 1. **Capacitación:**
	1. El proveedor adjudicado se comprometerá que las capacitaciones serán impartidas por personal especializado en el equipo ofertado.
	2. Se debe de incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
	3. **Para personal usuario** se realizarán dos (2) capacitaciones de 1 hora en coordinación y a entera satisfacción del administrador de contrato; debiendo contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
	4. **Para personal de mantenimiento** se realizarán dos (2) capacitaciones de 1 hora en coordinación y a entera satisfacción del administrador de contrato; debiendo contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros.
 |  |
| 1. **Mantenimiento preventivo:**
	1. Una rutina de mantenimiento preventivo anual por equipo. Total 4 Rutinas, a realizarse a los doce (12) meses de instalado el equipo.
	2. Con la entrega de los equipos se deberá presentar calendario de la realización de mantenimiento preventivo que serán autorizadas por el administrador de contrato y el jefe de mantenimiento.
	3. Las visitas de mantenimiento preventivo, deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento aprobado por el administrador de contrato con visto bueno de la Jefatura de Mantenimiento y la Jefatura donde se encuentren los equipos.
	4. La rutina deberá ser la que el fabricante recomiende.
	5. Toda acción preventiva deberá estar respaldada por reporte de servicio, elaborado por el contratista, el cual deberá ser firmado y sellado por los responsables de supervisar el trabajo realizado debiendo dejar copia de dicho documento.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:** **(detallar marca ofertada)****MODELO:** **(detallar modelo ofertado)****PAÍS DE ORIGEN:** **(detallar país de fabr. bienes)** |
| **2** | **60605055** | **42142531** | **DESTRUCTOR DE AGUJAS** | **32** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Equipo eléctrico para la disposición y destrucción eficaz de agujas de jeringas.
2. Tipo de jeringas a destruir:
	1. Hipodérmica.
	2. Insulina.
	3. Suero.
3. Temperatura de operación mayor a 1000 °C.
4. Tiempo de destrucción aproximado: 3 segundos.
5. Con capacidad de incinerar agujas entre un rango de 30G(0.3mm) y 18G (0.9mm)
6. Con compartimiento removible para recolectar el residuo de las agujas destruidas.
7. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN/SERVICIO** |
| **2** | **CENTRO QUIRÚRGICO** |
| **2** | **CENTRO OBSTÉTRICO** |
| **2** | **LABORATORIO CLINICO** |
| **4** | **TRANSFUSIONES** |
| **2** | **DIAGNÓSTICO POR IMAGENES** |
| **12** | **CONSULTA EXTERNA** |
| **2** | **EMERGENCIA** |
| **6** | **HOSPITALIZACIÓN** |

 |  |
| **CONDICIONES ELECTRICAS Y MECANICAS** |  |
| 1. Voltaje: 120VCA ± 10%, 60 Hz, Fases: 1.
2. Toma corriente macho, polarizado, según NEMA.
3. Resistente a la corrosión y a limpiadores utilizados en ambientes hospitalarios.
4. Portátil
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. Cortador de agujas.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Norma de seguridad eléctrica norma IEC 60601-1 o equivalente.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. **Con la entrega de cada 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, así mismo deberá entregar una copia en memoria extraíble USB para la UGEB.
 |  |
| **PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO Y RECEPCIÓN** |  |
| 1. Todos los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato.
 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS (presentar carta compromiso por cada uno):** |  |
| 1. **Tiempo de entrega:** 120 días calendario. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final.
 |  |
| 1. **Garantía**: 2 años, el período de la garantía iniciará a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |
| 1. **Capacitación:**
	1. El proveedor adjudicado se comprometerá que las capacitaciones serán impartidas por personal especializado en el equipo ofertado.
	2. Se debe de incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
	3. **Para personal usuario** se realizará una capacitación de 1 hora por cada servicio donde se encuentren los equipos a entera satisfacción del administrador de contrato; dichas capacitaciones deben contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
	4. **Para personal de mantenimiento** se realizarán 2 capacitaciones de 1 hora a entera satisfacción del administrador de contrato; dichas capacitaciones deben contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros.
 |  |
| 1. **Mantenimiento preventivo:**
	1. Una rutina de mantenimiento preventivo anual por equipo. Total 32 rutinas, a realizarse a los doce (12) meses de instalado el equipo.
	2. Para las visitas de mantenimiento preventivo, deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento aprobado por el administrador de contrato con visto bueno de la Jefatura de Mantenimiento y la Jefatura donde se encuentren los equipos.
	3. Toda acción preventiva deberá estar respaldada por reporte de servicio, elaborado por el contratista, el cual deberá ser firmado y sellado por los responsables de supervisar el trabajo realizado debiendo dejar copia de dicho documento.
	4. Deberá asignar un libro de control o bitácora, dicha bitácora será elaborada y suministrada por el contratista con todas las hojas foliadas.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **3** | **60302230** | **42231901** | **EXTRACTOR ELÉCTRICO DE LECHE** | **9** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| 1. Equipo eléctrico para la extracción de leche materna.
2. Accionado por pistón
3. Doble embudo para extracción simultánea de ambas mamas.
4. Con control del ciclo de vacío, automático, continuo o intermitente.
5. 0 - 60 ciclos/min
6. Rango de vacío: 100mmHg - 220mmHg.
7. Con sistema de corte por sobrellenado de botella colectora de leche.
8. Para botellas colectoras de 4 - 6 onzas
9. Con sistema de protección contra sobre flujo.
10. Embudos para mama, de silicona o policarbonato (o material mejorado), esterilizable por autoclave, de varios tamaños.
11. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| **3** | **CENTRO OBSTÉTRICO** |
| **6** | **HOSPITALIZACION** |

 |  |
| **CONDICIONES ELECTRICAS Y MECANICAS** |  |
| 1. Voltaje: 120VCA ± 10%, 60 Hz, Fases: 1.
2. Resistente a la corrosión y a limpiadores utilizados en ambientes hospitalarios.
3. Portátil
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. Un (1) Soporte rodable.
2. Una (1) Cubierta protectora.
3. Filtros hidrofóbicos para un periodo de un año.
4. Kit de botellas colectoras, al menos 12 de 100 mL (4 onzas)
5. Además, debe suplirse con todos los accesorios necesarios para su puesta en marcha y normal funcionamiento.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
2. Norma de seguridad eléctrica norma IEC 60601 - 1, 3rd ed. ANSI/AAMI ES1-1993 o equivalente.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. **Con la entrega de cada 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, así mismo deberá entregar solo una copia en memoria extraíble USB para la UGEB.
 |  |
| **PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO Y RECEPCIÓN** |  |
| 1. Todos los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato.
 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS (presentar carta compromiso por cada uno):** |  |
| 1. **Tiempo de entrega:** 120 días calendario. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final.
 |  |
| 1. **Garantía:** 2 años, el período de la garantía iniciará a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |
| 1. **Capacitación:**
	1. El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en el equipo a ofertar.
	2. Debe de incluir todo el material de apoyo y equipo requerido como proyector multimedia o pantalla, para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
	3. **Para personal usuario** se realizará una capacitación de 1 hora por cada servicio donde se encuentren los equipos a entera satisfacción del administrador de contrato; dichas capacitaciones deben contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
	4. **Para personal de mantenimiento** se realizarán 2 capacitaciones de 1 hora a entera satisfacción del administrador de contrato; dichas capacitaciones deben contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros.
 |  |
| 1. **Mantenimiento preventivo:**
	1. Una rutina de mantenimiento preventivo anual por equipo. Total 9 rutinas, a realizarse a los doce (12) meses de instalado el equipo.
	2. Para las visitas de mantenimiento preventivo, deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento aprobado por el administrador de contrato con visto bueno de la Jefatura de Mantenimiento y la Jefatura donde se encuentren los equipos.
	3. La rutina deberá ser la que el fabricante recomiende.
	4. Toda acción preventiva deberá estar respaldada por reporte de servicio, elaborado por el contratista, el cual deberá ser firmado y sellado por los responsables de supervisar el trabajo realizado debiendo dejar copia de dicho documento.
	5. Deberá asignar un libro de control o bitácora, dicha bitácora será elaborada y suministrada por el contratista con todas las hojas foliadas.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **4** | **60302330** | **41116201** | **GLUCÓMETRO PERSONAL CON TIRAS INCLUIDAS** | **27** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Equipo portátil para medir el nivel de glucosa en sangre.
2. Pantalla tipo LCD
3. Volumen de muestra útil menor o igual a 1 microlitro.
4. Tiempo máximo para obtención de resultados menor o igual a 15 segundos.
5. Pantalla alfanumérica de fácil lectura.
6. Capacidad de almacenar al menos 300 pruebas.
7. Sensor de encendido automático al detectar la tira de prueba.
8. Resistente a los líquidos de desinfección de uso hospitalario.
9. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANT.** | **SERVICIO** |
| **1** | **CENTRO QUIRURGICO ESTACION DE ENFERMERAS, RECUPERACIÓN** |
| **1** | **CENTRO OBSTETRICO, ESTACION DE ENFERMERAS, SALA ESPERA** |
| **3** | **CONSULTA EXTERNA, ESTACION DE ENFERMERAS, INGRESO 1** |
| **1** | **CONSULTA EXTERNA, CONSULTORIO DE MEDICINA INTERNA 1** |
| **1** | **CONSULTA EXTERNA, CONSULTORIO DE MEDICINA INTERNA 2** |
| **1** | **CONSULTA EXTERNA, CONSULTORIO DE MEDICINA INTERNA 3** |
| **1** | **CONSULTA EXTERNA, CONSULTORIO DE CIRUGIA 1** |
| **1** | **CONSULTA EXTERNA, CONSULTORIO DE CIRUGIA 2** |
| **1** | **EMERGENCIA, ESTACION DE ENFERMERAS, CONSULTORIO 1 SERV. APOYO**  |
| **1** | **EMERGENCIA, ESTACION DE ENFERMERAS, CONSULTORIO 2 SERV. APOYO** |
| **1** | **EMERGENCIA, CONSULTORIO DE EMERGENCIA DE MEDICINA** |
| **2** | **EMERGENCIA, MÁXIMA URGENCIA ADULTO** |
| **2** | **EMERGENCIA, MÁXIMA URGENCIA PEDIATRIA** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, MEDICINA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, MEDICINA 2** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, CIRUGÍA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, CIRUGÍA 2** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 2** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 3** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 4** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, PEDIATRIA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, PEDIATRIA 2** |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. Un mil (1000) lancetas, total 27,000
2. Un mil (1000) tiras reactivas; Total 27,000; las cuales se entregarán 250 con cada equipo, 250 cada seis (6) meses hasta cumplir la cantidad solicitada o cuando lo requiera el administrador de contrato.
3. Un (1) estuche compacto para resguardo del equipo el cual debe incluir espacios para el lancetero, lancetas, tiras reactivas, registro de pruebas autoadministradas. Total 27.
4. Incluir Un (1) set de baterías recargables y cargador con el equipo, este cargador debe poder conectarse a 120VCA ± 10%, 60 Hz, Fases: 1. Total 27.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. ISO 15197:2013 o equivalente. Sistemas de ensayo para diagnóstico in vitro. Requisitos para los sistemas de monitorización de glucosa en sangre para autodiagnóstico en la gestión de la diabetes mellitus.
 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS (presentar carta compromiso por cada uno):** |  |
| 1. **Tiempo de entrega:** 120 días calendario. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final.
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, el período de la garantía iniciará a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **5** | **60302347** | **46111703** | **ILUMINADOR DE VENAS** | **28** |
|  |  |  |  |  |  |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Visor de venas infrarrojo por medio de luz LED.
2. Funciones:
	1. Al menos tres modos de brillo.
	2. Al menos tres modos de color.
	3. Con función de inversión de imagen.
3. Batería: batería de litio recargable
4. Resistente a los líquidos de desinfección de uso hospitalario.
5. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **SERVICIO** |
| **1** | **CENTRO QUIRURGICO ESTACION DE ENFERMERAS, RECUPERACIÓN** |
| **1** | **CENTRO OBSTETRICO, ESTACION DE ENFERMERAS, SALA ESPERA** |
| **1** | **CONSULTA EXTERNA, ESTACION DE ENFERMERAS, INGRESO 1** |
| **2** | **TRANSFUSIONES, TOMA DE MUESTRAS** |
| **2** | **TRANSFUSIONES, DONACIÓN Y REPOSO** |
| **4** | **LABORATORIO CLINICO, TOMA DE MUESTRAS**  |
| **1** | **DIAGNOSTICO POR IMÁGENES, SALA DE TC** |
| **1** | **DIAGNOSTICO POR IMÁGENES, SALA DE FLUOROSCOPIO** |
| **1** | **EMERGENCIA, ESTACION DE ENFERMERAS, CONSULTORIO 1 SERV. APOYO**  |
| **1** | **EMERGENCIA, ESTACION DE ENFERMERAS, CONSULTORIO 2 SERV. APOYO** |
| **1** | **EMERGENCIA, MÁXIMA URGENCIA ADULTO** |
| **1** | **EMERGENCIA, MÁXIMA URGENCIA PEDIATRIA** |
| **1** | **UNIDAD RENAL** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, MEDICINA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, MEDICINA 2** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, CIRUGÍA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, CIRUGÍA 2** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 2** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 3** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, GINECO-OBSTETRICIA 4** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, PEDIATRIA 1** |
| **1** | **HOSPITALIZACIÓN, ESTACION DE ENFERMERAS, PEDIATRIA 2** |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. Soporte para mesa o rodable.
2. Cargador de batería para conexión a 120 VCA ± 10%, 60 Hz, Fases: 1
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **6** | **60302300** | **42182103** | **ESTETOSCOPIO BIAURICULAR PARA ADULTO DOBLE CAMPANA** | **26** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Estetoscopio biauricular para adulto
2. De doble campana.
3. Horquilla biauricular con doble muelle de lámina (arpa)
4. 1 tubo en “Y” libre de látex.
5. Campana y diafragma.
6. Diafragma liso, fabricada en fibra de vidrio.
7. Campana fabricada en acero inoxidable, ajustable mediante giro, con fleje externo preferiblemente de hule.
8. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| **2** | **CENTRO QUIRÚRGICO** |
| **2** | **CENTRO OBSTÉTRICO** |
| **1** | **TRANSFUSIONES** |
| **1** | **DIAGNOSTICO POR IMAGENES** |
| **6** | **CONSULTA EXTERNA** |
| **6** | **EMERGENCIA** |
| **8** | **HOSPITALIZACIÓN** |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. 2 Olivas fabricadas de silicón o goma.
2. 1 juego de diafragmas lisos, de repuesto.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 o equivalente.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **7** | **60302325** | **42182103** | **ESTETOSCOPIO BIAURICULAR PEDIÁTRICO DOBLE CAMPANA** | **8** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Estetoscopio biauricular Pediátrico.
2. De doble campana.
3. Horquilla biauricular con doble muelle de lámina (arpa)
4. 1 tubo en “Y” libre de látex.
5. Campana y diafragma.
6. Diafragma liso, fabricada en fibra de vidrio o material similar.
7. Campana fabricada en acero inoxidable, ajustable mediante giro, con fleje externo preferiblemente de hule.
8. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| **1** | **CENTRO QUIRÚRGICO** |
| **1** | **CENTRO OBSTÉTRICO** |
| **2** | **CONSULTA EXTERNA** |
| **2** | **EMERGENCIA** |
| **2** | **HOSPITALIZACIÓN** |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. 2 Olivas fabricadas de silicón o goma.
2. 1 juego de diafragmas lisos, de repuesto.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 o equivalente.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **8** | **60302328** | **42182103** | **ESTETOSCOPIO BIAURICULAR NEONATAL, DOBLE CAMPANA** | **8** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Estetoscopio biauricular Neonatal.
2. De doble campana.
3. Horquilla biauricular con doble muelle de lámina (arpa)
4. 1 tubo en “Y” libre de látex.
5. Campana y diafragma.
6. Diafragma liso, fabricada en fibra de vidrio o material similar.
7. Campana fabricada en acero inoxidable, ajustable mediante giro, con fleje externo preferiblemente de hule.
8. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| **1** | **CENTRO QUIRÚRGICO** |
| **1** | **CENTRO OBSTÉTRICO** |
| **2** | **CONSULTA EXTERNA** |
| **2** | **EMERGENCIA** |
| **2** | **HOSPITALIZACIÓN** |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. 2 Olivas fabricadas de silicón o goma.
2. 1 juego de diafragmas lisos, de repuesto.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 o equivalente.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **9** | **61001010** | **41112501** | **FLUJOMETRO DE AIRE MEDICO** | **134** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Flujómetro para aire médico.
2. Cuerpo principal fabricado en aluminio o bronce con baño niquelado acabado brillante o pulido.
3. Indicador del flujómetro fabricado en policarbonato, de doble pared.
4. Indicador fabricado en material que impida el atascamiento.
5. Rango: 0 – 15 lpm.
6. Con conector a pared tipo: DISS
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 o equivalente.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **10** | **61001005** | **41112501** | **FLUJOMETRO DE OXIGENO** | **186** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Flujómetro para oxígeno.
2. Cuerpo principal fabricado en aluminio o bronce con baño niquelado acabado brillante o pulido.
3. Indicador del flujómetro fabricado en policarbonato, de doble pared.
4. Flotador del Indicador fabricado en material que impida el atascamiento.
5. 150 con Rango de 0-15 lpm
6. 36 con rango de 0-75 lpm
7. Con conector a pared tipo: DISS
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. 5 botes humidificadores de 300 cc por flujómetro, con tuerca plástica o metálica.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 o equivalente.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **11** | **60302400** | **42182601** | **LÁMPARA PARA EXAMEN TIPO CUELLO DE GANSO** | **44** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Lámpara para examen tipo cuello de ganso metálica, flexible, giratoria
2. Montado en base metálica rodable con altura regulable, tipo pedestal
3. Lámpara con tecnología LED de color blanco.
4. Vida media del LED: 40,000 horas o más
5. Intensidad de luz: 17000 lux o mayor a 1 metro de distancia
6. Con interruptor eléctrico ubicado en la cabeza de la lámpara
7. Altura regulable hasta 150 cm aproximadamente
8. Auto soportada en base rodable de 4 o 5 rodos conductivos anti pelusa
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **12** | **60302375** | **42182604** | **LÁMPARA DE MANO PARA EXAMEN** | **44** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Lámpara para examen clínico.
2. Portátil.
3. Funcionamiento a base de baterías.
4. Luz LED blanca.
5. Funcionamiento a base de baterías tipo AA recargables, incluir un set de batería adicional.
6. Cargador de batería a 120 VCA ± 10%, 60 Hz, Fases: 1
7. Vida media del bombillo ≥ 15,000 h
8. Resistente a los líquidos de desinfección de uso hospitalario.
 |  |
| 1. **Garantía:** 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **13** | **60302775** | **42272301** | **RESUCITADOR MANUAL ADULTO** | **26** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Resucitador reusable para ventilación manual de pacientes adultos
2. Para uso de aire ambiente y atmósfera enriquecida de oxígeno en concentración hasta 95%.
3. Con válvulas a prueba de golpes: válvula de expiración, válvula PEEP, válvula de sobrepresión y diseño que impida su montaje invertido.
4. Válvula de sobrepresión de accionamiento a 60 mbar
5. Reservorio con dispositivo de conexión a base de presión (no de rosca).
6. Volumen de Bolsa: rango aproximado 1600 ml
7. Con reservorio (tubo corrugado o bolsa).
8. Con conector para manómetro y Manómetro con escala en mm de Hg.
9. La conexión del reservorio y del suministro de oxígeno serán completamente independientes (no coaxiales).
10. Completamente reusable, con acumulador expandible, con conector externo para fuente de oxígeno, fabricado en material esterilizable (de preferencia silicona).
11. Conector de entrada: Manguera para conectar NPT de 1/4”
12. Bolsa reservorio de silicón o material de mejor calidad libre de látex, de alta sensibilidad, que permita detectar resistencias a nivel de las vías respiratorias.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. 2 juegos adicionales de 3 unidades de mascarillas reusables en tamaños: grande, mediana y pequeña. Total 9 mascarillas por equipo.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
 |  |
| 1. **Garantía**: 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **14** | **60302800** | **42272301** | **RESUCITADOR MANUAL NEONATAL** | **7** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Resucitador reusable para ventilación manual de pacientes neonatales.
2. Para uso de aire ambiente y atmósfera enriquecida de oxígeno en concentración hasta 95%
3. El equipo será seguro y preciso, con su mascarilla y válvula a prueba de golpes.
4. Incluir válvula de alivio y presión, con mascarilla apropiada para paciente neonato (reusables y esterilizables)
5. Con reservorio tipo tubo corrugado o bolsa.
6. Reservorio con dispositivo de conexión a base de presión (no de rosca).
7. Volumen de reservorio: rango aproximado de 200 a 350 ml
8. Con válvula liberadora de presión, y diseño que impida su montaje invertido.
9. Posibilidad de cierre de la válvula para poder aplicar presiones mayores.
10. Con conector para manómetro y manómetro con escala en mm de Hg.
11. La conexión del reservorio y del suministro de oxígeno serán completamente independientes (no coaxiales).
 |  |
| ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO |  |
| 1. 2 juegos adicionales de mascarillas reusables para pacientes neonatos, total 3 juegos por equipo.
 |  |
| 1. **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:**
 |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
 |  |
| 1. **Garantía**: 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **15** | **60302825** | **42272301** | **RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO** | **7** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Resucitador reusable para ventilación manual de pacientes pediátricos.
2. Para uso de aire ambiente y atmósfera enriquecida de oxígeno en concentración hasta 95%.
3. Con mascarillas en tamaños: grande, mediana y pequeña (reusables y esterilizables).
4. Con válvula a prueba de golpes, con válvula liberadora de presión y diseño que impida su montaje invertido y mascarilla.
5. Reservorio con dispositivo de conexión a base de presión (no de rosca).
6. Volumen de Bolsa: rango aproximado de 500 ml a 750 ml
7. Con reservorio (tubo corrugado o bolsa).
8. Posibilidad de cierre de la válvula para poder aplicar presiones mayores.
9. Con conector para manómetro y Manómetro con escala en mm de Hg.
10. La conexión del reservorio y del suministro de oxígeno serán completamente independientes (no coaxiales).
11. Completamente reusable, con acumulador expandible, con conector externo para fuente de oxígeno, fabricado en material esterilizable (de preferencia silicona).
12. Conector de entrada: Manguera para conectar NPT de 1/4”
13. Volumen de Bolsa reservorio apropiada para la aplicación en pacientes pediátricos.
14. Bolsa reservorio de silicón o material de mejor calidad libre de látex, de alta sensibilidad, que permita detectar resistencias a nivel de las vías respiratorias.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. 2 juegos adicionales de 3 unidades de mascarillas reusables en tamaños: grande, mediana y pequeña. Total 9 mascarillas por equipo.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
 |  |
| 1. **Garantía**: 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **16** | **61001015** | **41112503** | **REGULADOR DE VACÍO** | **226** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Regulador de vacío para toma de pared, que incluye: regulador, trampa de vacío, frasco recolector de secreciones y soporte de pared.
2. Conexión a para toma de pared tipos DISS.
3. Con capacidad de colocar trampa de vacío, canister o frasco recolector o filtro hidrofóbico.
4. Medidor de aspiración en mm Hg
5. Carcaza resistente a golpes fabricada en plástico ABS, polipropileno o material de similar resistencia.
6. Cuerpo de válvula fabricada en bronce, aluminio, latón o aleación de materiales de similar resistencia.
7. Se requieren los siguientes tipos de reguladores de vacío:
	1. Cuarenta y cuatro (44) Regulador de vacío tipo contínuo quirúrgico.
	2. Ciento cuarenta y dos (142) Regulador de vacío tipo contínuo intermitente.
	3. Veinte y ocho (28) Regulador de vacío para uso pediátrico tipo contínuo intermitente.
	4. Doce (12) Regulador de bajo vacío, tipo contínuo para neonatos.
8. Ubicación y tipo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TOTAL | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | UBICACIÓN |
| 44 | REGULADOR DE VACÍO TIPO CONTÍNUO QUIRÚRGICO. * Perilla o control de funciones para apagado, regulado y full.
* Presión de trabajo de 0-300 mmHg.
 | 10 | Centro quirúrgico |
| 14 | Centro obstétrico |
| 20 | Emergencia |
| TOTAL | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | UBICACIÓN |
| 142 | REGULADOR DE VACÍO TIPO CONTÍNUO INTERMITENTE.* Perilla o control de funciones para apagado, regulado e intermitente.
* Presión de trabajo para regulado de 0-300 mmHg y para intermitente 0-150 mmHg.
 | 2 | Diagnóstico por imágenes |
| 40 | Hospitalización medicina |
| 40 | Hospitalización cirugía |
| 40 | Hospitalización ginecobstetricia |
| 20 | Consulta externa |
| TOTAL | DESCRIPCIÓN | UBICACIÓN |
| 28 | REGULADOR DE VACÍO PARA USO PEDIATRICO TIPO CONTÍNUO INTERMITENTE.* Perilla o control de funciones para apagado, regulado e intermitente.
* Presión de trabajo para regulado de 0-130 mmHg y para intermitente 0-110 mmHg.
 | Hospitalización pediatría |
| TOTAL | DESCRIPCIÓN | UBICACIÓN |
| 12 | REGULADOR DE BAJO VACÍO, TIPO CONTÍNUO PARA NEONATOS.* Perilla o control de funciones para apagado y regulado.
* Presión de trabajo para regulado de 0-90 mmHg.
 | Hospitalización neonatos |

 **226** |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR REGULADOR** |  |
| 1. Una (1) trampa de vacío. Total 226 trampas.
2. Dos (2) frasco de policarbonato, polisulfona o material similar, transparente, con flotador y sistema de conexión a trampa. Para cada regulador de vacío, con los siguientes tamaños:
	1. Para contínuo quirúrgico y contínuo intermitente: 2400 ml, total 364.
	2. Para pediátrico y neonatos: 1500 ml, total 80.
	3. Treinta (30) filtros hidrofóbicos de 0.3 micras, eficiencia mayor al 99%. Total 6780.
	4. Un (1) Soporte tipo “Slide” con anclas y tornillos para soportar el frasco en pared. Total 226 Slides.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la entrega de cada 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, así mismo deberá entregar una copia en memoria extraíble USB para la UGEB.
 |  |
| **PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO Y RECEPCIÓN** |  |
| 1. Todos los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato.
 |  |
| **SERVICIOS CONEXOS (presentar carta compromiso por cada uno):** |  |
| 1. **Tiempo de entrega**: 120 días calendario. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final.
 |  |
| 1. **Garantía**: 2 años, el período de la garantía iniciará a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |
| 1. **Capacitación:**
	1. El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en el equipo a ofertar.
	2. Además, debe de incluir todo el material de apoyo y equipo requerido.
	3. Para personal usuario se realizará una capacitación de 1 hora por cada servicio donde se encuentren a entera satisfacción del administrador de contrato; dichas capacitaciones deben contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.
	4. Para personal de mantenimiento, se realizarán 2 capacitaciones de 1 hora a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **Instalación**: Se requiere por parte del suministrante las guías mecánicas para poder instalar adecuadamente los equipos en cada sitio, por lo que propondrá una guía mecánica y un plano taller para la ejecución de las instalaciones de los Slides.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **17** | **60302860** | **42182005** | **SET DE DIAGNOSTICO** | **20** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Mango de acero inoxidable o acero cromado.
2. Mango con accesorio para convertirse en cargador a 120 VCA.
3. Con cargador de batería integrado preferentemente de ion de litio de 2.5 a 5 VDC.
4. Con control de intensidad electrónico.
5. Estándar con lámpara LED de luz fría sin reflejos:
	1. Brillo mayor a 15,000 lúmenes.
	2. Vida útil mayor a 40,000 horas
	3. Temperatura de color mayor a 4,000 K
6. Capaz de acoplarse y accionar a:
	1. Otoscopio de diagnóstico:
		1. Lente de 3X a 5X
		2. Completo con espéculos reusables o descartables.
		3. Tamaños aproximados de 2.5, 3, 4, y 5 mm
		4. Iluminador de garganta.
		5. Punto focal ajustable.
	2. Oftalmoscopio:
		1. Con 20 lentes como mínimo, desde -35 a +40 dioptrías.
		2. Con 6 aperturas como mínimo: medialuna, micro punto, ranura, circulo grande, mediano, estrella.
7. Con al menos los siguientes filtros: polarización y verde (libre de rojo)
8. Con apoyo de goma, para la ceja, libre de látex.
9. Cargador a 120 VCA ± 10%, Frecuencia: 60 Hz, Fases: 1.
10. Mango metálico de acabado rugoso y estriado.
11. Resistente a los líquidos de desinfección de uso hospitalario.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS, POR EQUIPO** |  |
| 1. 25 espéculos descartables de cada uno de los siguientes tamaños: 2.5, 3, 4, y 5 mm (según marca y modelo ofertado). Total 2000
2. Un (1) Estuche compacto, seguro y resistente, con cierre de cremallera. Total 20.
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
 |  |
| 1. **Garantía**: 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **18** | **60302870** | **41114509** | **TENSIÓMETRO ANEROIDE ADULTO CON BRAZALETES** | **64** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Para uso Paciente adulto.
2. Tensiómetro aneroide con escala de manómetro entre 0-300 mm Hg ± 3 mm Hg.
3. Tubo espirado de aproximadamente 2.00m o mayor (Extendido).
4. Control de presión toque-pluma, que permita la salida de aire de manera suave y uniforme.
5. Manga con cierre por banda velcro
6. Con estuche y con pedestal rodable.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. Seis brazaletes por equipo así:
	1. Dos (2) brazaletes adulto mediano reusable y bolsa de tela resistente con cierre de velcro, Total ciento veinte y ocho (128).
	2. Dos (2) brazaletes adulto grande reusable y bolsa de tela resistente con cierre de velcro, Total ciento veinte y ocho (128).
	3. Dos (2) brazaletes de adulto Extra grande o muslo, reusable y bolsa de tela resistente con cierre de velcro, Total ciento veinte y ocho (128).
	4. Total, Trescientos ochenta y cuatro (384) brazaletes.
2. Un (1) estuche de cuero, vinil u otro material resistente para la totalidad de los tensiómetros, con cierre de alta durabilidad, Total: sesenta y cuatro (64).
3. Un (1) pedestal para la totalidad de los tensiómetros, con canasta incluida, al menos 5 rodos y frenos en dos de ellos. Total: sesenta y cuatro (64).
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
3. ANSI/AAMI/ISO 81060-1:2012 o equivalente. Esfigmomanómetros no invasivos. Parte 1: Requisitos y métodos de prueba para el tipo de medición no automatizado.
 |  |
| 1. **Garantía**: 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **19** | **60302875** | **41114509** | **TENSIÓMETRO ANEROIDE PEDIÁTRICO DE TRES BRAZALETES** | **14** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Para uso en brazo de niño, lactante y neonato.
2. Tensiómetro aneroide con escala de manómetro entre 0-300 mm Hg ± 3 mm Hg.
3. Tubo espirado de aproximadamente 2.40mts. Extendido.
4. Control de presión toque-pluma, que permita la salida de aire de manera suave y uniforme.
5. Manga con cierre por banda velcro
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. Ochenta y cuatro brazaletes así:
	1. Dos (2) mangas de hule libre de látex tamaño Neonatal (niños de 0-28 días) reusable y bolsa de tela resistente con cierre de velcro, total veinte y ocho (28).
	2. Dos (2) mangas de hule libre de látex para lactantes (1 -24 meses) reusable y bolsa de tela resistente con cierre de velcro, total veinte y ocho (28).
	3. Dos (2) mangas de hule libre de látex pediátrica para paciente en edad pre-escolar y escolar (niños de 2-7 años) reusable y bolsa de tela resistente con cierre de velcro, total veinte y ocho (28).
2. Una (1) pera de hule con válvula metálica de control adicional a la entregada. Total, catorce (14).
3. Un (1) estuche de cuero, vinil u otro material resistente, con cierre de alta durabilidad, Total catorce (14)
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América
3. ANSI/AAMI/ISO 81060-1:2012 o equivalente. Esfigmomanómetros no invasivos. Parte 1: Requisitos y métodos de prueba para el tipo de medición no automatizado.
 |  |
| 1. **Garantía**: 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **20** | **12100168** | **42182201** | **TERMÓMETRO ELECTRÓNICO DIGITAL PARA MEDICIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL, GRADUADO EN ESCALA CELSIUS, REUSABLE** | **40** |

| **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- |
| 1. Tecnología de medición infrarroja sin contacto.
2. Rango útil de medida: 32° Celsius a 43° Celsius.
3. Resolución: 0.1° Celsius
4. Precisión: ± 0.2° Celsius
5. Con memoria de al menos las 10 últimas mediciones.
6. Pantalla LCD de 3 dígitos más el punto decimal.
7. Apagado automático.
8. Duración de la batería: mayor o igual a 2000 lecturas de temperatura.
9. Voltaje: cualquiera de las siguientes opciones:
	1. Por baterías AAA recargables, con cargador incluido a 120 ±10% VCA, Frecuencia: 60 Hertz, 1 fase.
	2. Si la batería es del tipo pastilla, incluir una adicional.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. Estuche con cierre
 |  |
| **CERTIFICACIONES A ENTREGAR CON LA OFERTA:** |  |
| 1. ISO 13485:2016 o equivalente. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
2. Aprobada su comercialización por alguna de las siguientes organizaciones: JPAL, PMDA, JIS, (Japón), Directiva 93/42 EEC de la Comunidad Europea o FDA (EEUU). (Presentar documentación de respaldo).
3. Cumplimiento de normativa RoHS o equivalente, en relación a la restricción del uso de algunas sustancias peligrosas en aparatos eléctricos y electrónicos.
 |  |
| 1. **Garantía**: 1 año, iniciará el período a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
 |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de Art.** | **Descripción de los Bienes** | **Cant.** | **Unidad física** | **Lugar de destino convenido**  | **Fecha de Entrega**  |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente**  |
| 1 | COMPRESOR DE AIRE PARA NEBULIZAR DE 2 A 4 SALIDAS | 4 | C/U | *Almacén el Paraíso.**Colonia el Paraíso, final 6ª. Calle Oriente n.° 1105, San Salvador.* | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* | *[El oferente indicará el plazo ofertado para entrega de los bienes dentro de la fecha límite de entrega]*  |
| 2 | DESTRUCTOR DE AGUJAS | 32 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |
| 3 | EXTRACTOR ELÉCTRICO DE LECHE | 9 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |
| 4 | GLUCÓMETRO PERSONAL CON TIRAS INCLUIDAS | 27 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |
| 5 | ILUMINADOR DE VENAS | 28 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 6 | ESTETOSCOPIO BIAURICULAR PARA ADULTO DOBLE CAMPANA | 26 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 7 | ESTETOSCOPIO BIAURICULAR PEDIÁTRICO DOBLE CAMPANA | 8 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 8 | ESTETOSCOPIO BIAURICULAR NEONATAL, DOBLE CAMPANA | 8 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 9 | FLUJÓMETRO DE AIRE MÉDICO | 134 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 10 | FLUJÓMETRO DE OXIGENO | 186 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |   |
| 11 | LÁMPARA PARA EXAMEN TIPO CUELLO DE GANSO | 44 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |   |
| 12 | LAMPARA DE MANO PARA EXAMEN | 44 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 13 | RESUCITADOR MANUAL ADULTO | 26 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 14 | RESUCITADOR MANUAL NEONATAL | 7 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 15 | RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO | 7 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 16 | REGULADOR DE VACÍO | 226 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 17 | SET DE DIAGNOSTICO | 20 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 18 | TENSIÓMETRO ANEROIDE ADULTO CON BRAZALETES | 64 | C/U | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 19 | TENSIÓMETRO ANEROIDE PEDIÁTRICO DE TRES BRAZALETES | 14 | C/U |  | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |
| 20 | TERMOMETRO ELECTRONICO DIGITAL PARA MEDICION DE TEMPERATURA CORPORAL, GRADUADO EN ESCALA CELSIUS, REUSABLE | 40 | C/U |  | *Cinco (5) días calendario.* | *Ciento Veinte (120) días calendario.* |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

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

Fecha: *[indique la fecha]*

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

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

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

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Formulario 07. Autorización del Fabricante**

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

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

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

Comparación de Precios No.: *[indicar el número del proceso]*

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

POR CUANTO

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

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

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

Cargo: *[indicar cargo]*

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

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

**Formulario 08 - Facturación Promedio Anual**

Mi representada tiene una facturación promedio anual por *[venta de los siguientes bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos: (detallar)* por el período del *\_(indicar fecha)\_\_ al \_(indicar fecha)\_\_, de \_(indicar monto),* adjunto documentos de respaldo. *(Ejem: facturas, declaración del impuesto a la renta, etc)*

Atentamente,

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

**Formulario 09: Experiencia Específica del Oferente[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA ESPECIFICA DEL OFERENTE COMO CONTRATISTA**  |
| **No** | **CONTRATANTE (\*)** | **OBJETO DEL CONTRATO** | **UBICACIÓN** | **VALOR USD** | **FECHAS EJECUCIÓN** | **PARTICIPACIÓN % EN ASOCIACIÓN – NOMBRE DEL SOCIO** |
| **ORIGINAL** | **FINAL** | **ORIGINAL** | **FINAL** |
| 1. CONTRATOS EJECUTADOS DE [VENTA DE LOS SIGUIENTES BIENES) \*:
 |
| 1 |   |  |  |  |  |  | (si estuvo asociado en alguna venta) |
| 2 |   |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL FACTURADO (INDICAR LA SUMA TOTAL EN US $) |  |

* Anexar copias simples de Actas de Entrega Recepción, Órdenes de compra, Facturas canceladas o los certificados que correspondan, describiendo el monto y fecha de inicio y terminación del contrato efectivamente ejecutado. El certificado deberá ser emitido únicamente por la entidad contratante.

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)