**SECCIÓN IV**

**FORMULARIOS DE LA OFERTA**

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

**Licitación Pública Nacional LPN No: RES-COVID-109-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO DE ENDOSCOPÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR, DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”**

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: RES-COVID-109-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO DE ENDOSCOPÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR, DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”**

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: RES-COVID-109-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO DE ENDOSCOPÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR, DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”**

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

| **lote** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO**  **(IVA INCLUIDO)** | **PRECIO TOTAL (IVA INCLUIDO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | TORRE DE VIDEO ENDOSCOPÍA | C/U | 1 |  |  |
|  |  |  |  | **TOTAL** |  |

*El precio ofertado esta expresado en Dólares de los Estados Unidos de América. Incluye todos los costos directos e indirectos, servicios conexos, 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. Precios y Cronograma de Cumplimiento – Servicios Conexos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
|  | | Monedas de acuerdo con la IAO 15 | | | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n. \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | | 6 | | 7 |
| Servicio  N. | Descripción de los servicios (excluye transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para transportar los bienes a su destino final) | | País de origen | Fecha de entrega en el lugar de destino final | Cantidad y unidad física | | Precio unitario  (impuestos incluidos) | | Precio total por servicio  (Col. 5 x 6 o un estimado) |
| 1 | Capacitación  Programa de capacitación en período de 4 horas clases | |  |  | Personal Usuario: 2 jornadas  Personal de Mantenimiento: 1 jornada | |  | |  |
|  | | | | | | Precio total de la Oferta | | |  |
|  | | | | | | | | | |

Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]*

**Formulario 05. Lista de bienes, origen y especificaciones técnicas ofertadas**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS**

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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **artículo** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** | |
| **1** | 60306171 | 42294802 | | **TORRE DE VIDEO ENDOSCOPIA** | **1** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:** | |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TECNICAS Y MECÁNICAS** | | | | | | | |
| **Descripción** | | | 1. Equipo de videoendoscopia completo, utilizado para la evaluación, examen directo y tratamiento en la especialidad de gastroenterología, permitiendo la visualización de endoscopia digestiva alta: esófago, estómago y duodeno. | | | |  | |
| 1. Torre de videoendoscopía compuesta por video gastroscopio, un video duodenoscopio, procesador de video, grabador de video y fuente de luz fría, integrados o modulares, pero de funcionamiento conjunto. | | | |  | |
| 1. UN VIDEOGASTROSCOPIO FLEXIBLE CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:    1. Campo visual de 140° o mayor.    2. Profundidad de campo de 5-100 mm o rango mayor al solicitado    3. Diámetro de tubo de inserción de 9.9 mm o menor    4. Diámetro de punta distal de 9.2 mm o menor    5. Diámetro de canal de trabajo de 2.8 mm o mayor.    6. Longitud de trabajo igual o mayor a 1030 mm.    7. Deflexión hacia arriba/abajo de 210°/90° o mayor    8. Deflexión derecha/izquierda de 100°/100° o mayor    9. Videoendoscopio completamente sumergible y que permita su esterilización en esterilizador de baja temperatura o en líquidos para realizar desinfección de Alto Nivel (DAN).    10. Válvulas claramente identificadas para control de inyección de aire/agua y succión.    11. Videoendoscopio con sistema chip CCD o CMOS a color para adquisición de imágenes en alta definición.    12. Botones para control remoto de las funciones del procesador de video. | | | |  | |
| 1. UN VIDEODUODENOSCOPIO FLEXIBLE CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:    1. Rango de observación de 5 a 60 mm o rango mayor al solicitado.    2. Dirección de observación 5 grados retrógrados o más de campo de visión lateral.    3. Campo de visión de 100 grados o mayor.    4. Angulación hacia arriba de 120 grados o mayor    5. Angulación hacia debajo de 90 grados o mayor    6. Angulación hacia la izquierda de 90 grados o mayor.    7. Angulación hacia la derecha de 110 grados o mayor.    8. Diámetro de punta distal de 14.0 mm o menor.    9. Diámetro de tubo de inserción de 12.0 mm o menor.    10. Diámetro interior de canal de trabajo de 3.8 mm o mayor    11. Longitud de trabajo de 1200 mm o mayor.    12. Longitud total de 1500 mm o mayor.    13. Videoendoscopio completamente sumergible y que permita su esterilización en esterilizador de baja temperatura o en líquidos para realizar desinfección de Alto Nivel (DAN).    14. Válvulas claramente identificadas para control de inyección de aire/agua y succión.    15. Videoendoscopio con sistema chip CCD o CMOS a color para adquisición de imágenes en alta definición.    16. Botones para control remoto de las funciones del procesador de video. | | | |  | |
| 1. PROCESADOR DE VIDEO.    1. Sistema de procesamiento digital de señales de alta definición HD.    2. Compatible para el procesamiento de señales provenientes del videogastroscopio y duodenoscopio con chip CCD o CMOS a color.    3. Sistema de corrección de nivel de color (Ajuste de tonos)    4. Sistema de documentación e inventario clínico de paciente.    5. Sistema de realce de contraste para diferenciar entre estructuras y tejidos.    6. Sistema de congelamiento de imagen    7. Control de brillo.    8. Control de balance de blancos o equivalente.    9. Salidas: DVI o HD-SDI o HDMI compatible con el tipo de entrada de señal del monitor.    10. Exportación de imágenes a través de conexión de red o USB.    11. Capacidad de grabar imágenes y video de alta resolución, con disco incorporado o externo para almacenamiento mínimo de 1TB.    12. Formato de exportación MP4 o similar. En caso que el formato de exportación sea exclusivo del fabricante, incluir el software para lectura en un ordenador.    13. Compatible con grabador de video grado médico para conexión a futuro con PACS/RIS/HIS del Hospital Nacional de Neumología Dr. José Antonio Saldaña. | | | |  | |
| 1. FUENTE DE LUZ FRÍA MODULAR O INTEGRADA AL ENDOSCOPIO:    1. Lampara de tecnología LED o Xenón    2. Con control de intensidad de iluminación automático y manual | | | |  | |
| 1. Monitor grado médico    1. Monitor LCD, TFT o LED de 27” mínimo    2. Resolución Full HD (1920x1080) p    3. Entradas de video digitales: DVI, HD-DVI, SDI, HD-SDI o HDMI, compatible con la salida de señal de video del procesador de imágenes. | | | |  | |
| **Características Eléctricas y/o Mecánicas** | | | 1. Todos los equipos deberán poder conectarse a:    1. Voltaje: 120 VAC +/-10%,    2. Frecuencia: 60 Hz,    3. Fases: 1    4. Toma corriente polarizado grado hospitalario con cable de extensión no menor a 3 mts. | | | |  | |
| 1. Equipo y carro fabricado de material resistente y anticorrosivo: resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | | |  | |
| **Accesorios incluidos por equipo** | | | 1. Dos (2) pinzas para biopsia. 2. Dos (2) escobillas de limpieza de canal de biopsia 3. Dos (2) lámparas de recambio para fuente de luz fría, en caso de que la vida útil de la lámpara sea menor a 1,000 horas. 4. Cien (100) cubiertas de punta distal para videoduodenoscopio 5. Un (1) probador de estanqueidad (test de fugas) 6. Dos (2) válvulas de canal de aire/agua. 7. Dos (2) válvulas de canal de vacío. 8. Dos (2) kit de accesorios de limpieza y desinfección, incluyendo adaptadores para reprocesamiento manual (si aplica) 9. Dos (2) botellas contenedoras de agua (si aplica) 10. Cuatro (4) boquillas protectoras con sujetador elástico 11. Dos (2) maletas para resguardo de los endoscopios. 12. Un (1) carro original de fábrica para torre del videoendoscopio     1. Con soporte especial para ambos endoscopios.     2. Sistema de ajuste para el monitor.     3. Con repisas y entrepaños suficientes para la colocación segura de los módulos y accesorios solicitados.     4. Con sistema de frenos. 13. Un teclado alfanumérico que permita la programación del procesador por torre (si aplica) 14. Una (1) bomba de aspiración para secreciones compatible con el equipo con capacidad ajustable entre (50-600) mmHg o rango superior, con dos frascos resistentes a los impactos. 15. Un (1) UPS true-online de doble conversión con capacidad de respaldo de al menos 15 minutos para protección de todo el sistema. 16. Incluir el volumen necesario de material desinfectante recomendado por el fabricante para la desinfección de alto nivel de al menos 600 procesos de desinfección de los endoscopios (si aplica). 17. Agregar cualquier instrumento o accesorio necesario para el uso adecuado de los insumos e instrumentos solicitado. | | | |  | |
| **Información técnica requerida** | | | 1. Con la oferta:    1. Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas    2. 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 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.       3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie IEC 60601-1-2 o equivalente | | | |  | |
| 1. Con la entrega de cada equipo:    1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio y Manual de Instalación.    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 traducidos al castellano | | | |  | |
| **Capacitación** | | | 1. Para personal usuario: 2 jornadas. 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada | | | |  | |
| **Condiciones de recepción y/o instalación** | | | 1. Deberá entregarse instalado, funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato | | | |  | |

***Formulario 06. Cronograma de cumplimiento y Plan de Entregas***

| **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 | TORRE DE VIDEO ENDOSCOPÍA | 1 | ***HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR, DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA***  *Km 81/2, Carretera a Planes de Renderos, San Salvador.* | *20 días calendarios a partir de la distribución del contrato* | *90 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 07. 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: RES-COVID-109-LPN-B-MINSAL**

**“SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO DE ENDOSCOPÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR, DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”**

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 ***3 años***contado 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 08. Autorización del Fabricante**

*[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 No. **RES-COVID-109-LPN-B-MINSAL**

**“SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO DE ENDOSCOPÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR, DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”.**

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, 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 09: 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 10: 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)