|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**SECCIÓN IV**

**FORMULARIOS DE LA OFERTA**

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

**Licitación Pública Nacional LPN No: N° RES-COVID-111-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE EQUIPO (MONITOR DE SIGNOS VITALES PORTÁTIL Y ASPIRADOR DE SECRECIONES) PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LAS AMBULANCIAS”***

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: N° RES-COVID-111-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE EQUIPO (MONITOR DE SIGNOS VITALES PORTÁTIL Y ASPIRADOR DE SECRECIONES) PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LAS AMBULANCIAS”***

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: **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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO****(IVA INCLUIDO)** | **PRECIO TOTAL****(INVA INCLUIDO)** |
| 1 |  |   |   |   |  |
| 2 |  |   |   |   |   |
|  |  |  |  | **TOTAL****(IVA INCLUIDO)** |  |

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicar marca, modelo y país de origen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** | **REF** |
| **1** | **60303725** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** |  |  |
| Descripción | * Monitor integrado o modular para registrar y presentar en pantalla los siguientes parámetros: curva electrocardiográfica, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, oximetría de pulso y presiónno invasiva, para paciente adulto, pediátrico y neonatal.
 |  |  |
| Características | * Pantalla policromática: tecnología TFT o tecnología mejorada.
* Tamaño de Pantalla de 5 pulgadas como mínimo, resolución 800 x 600 pixeles como mínimo.
* Pantalla táctil para todas las funciones.
* Teclado, menús y mensajes en pantalla deben de ser en español.
* Con diseño que permita al equipo ser usado como monitor de transporte.
* Electrocardiograma:
	+ En tres, 5 y 12 derivaciones, seleccionables por el usuarioI, II, III, aVR, aVL, aVF, V1 a V6 según corresponda, con presentación de un canal de ECG mínimo en pantalla.
	+ Razón de rechazo de modo común (CMRR) para ECG de al menos 90 dB.
	+ Frecuencia cardiaca con rango de 30 a 300 lpm o más amplio y despliegue de su curva.
	+ Protección contra desfibrilación.
* Oximetría de pulso (SPO2) con grafica de onda pletismográfica y valor numérico en pantalla, con rango de 0 a 99% o más amplio, precisión de ±3% o mejor, medición de ritmo cardiaco de 30 a 300 lpm a través de SPO2.
* Frecuencia respiratoria con rango mínimo de 5 a 150 respiraciones por minuto.
* Presión no-invasiva en modo manual y automático a diferentes intervalos de tiempo, método oscilométrico, con rango de 0-300 mmHg y precisión de medida de ± 5 mmHg o mejor, despliegue numérico de presión sistólica, diastólica y media.
* Medición de temperatura en al menos un canal, con rango mínimo de 10 °C a 42°C, con una precisión de medida al menos ±0.2°C.
* Tendencias gráficas y numéricas de todos los parámetros, seleccionables por el usuario.
* Alarmas audibles y visuales de todos los parámetros monitorizados con función que permita revisar y modificar los límites superior e inferior de los siguientes parámetros: saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, presión arterial no invasiva (sistólica, diastólica), temperatura, frecuencia respiratoria y alarma de apnea.
* Con silenciador de alarmas.
* Preferiblemente con guía de usuario en español sujetada al equipo que facilite la solución de problemas.
* Con presentación de al menos cuatro curvas fisiológicas simultáneas e información numérica: saturación de O2, tendencia de ECG. Tendencias de frecuencia respiratoria y presión arterial.
* Calibración manual y/o automática.
 |  |  |
| Accesorios incluidos | * 1 brazaletes adulto reusable con manga y accesorios para medir NIBP.
* 1 brazalete pediátrico reusable con manga y accesorios para medir NIBP.
* 1 brazalete neonatal reusable con manga y accesorios para medir NIBP.
* 1 cable para presión invasiva y sensor desechable.
* 2 cables de interface para ECG (si aplica).
* 2 cables de paciente reusables para ECG de 3, 5 y 12 conductores (2 de cada uno).
* 2 cables troncales con su respectivo sensor con conector tipo Nellcor ds100-A (adulto y pediátrico), reusable para oximetría de pulso (SPO2) impermeables tipo suave de silicona libre de látex.
* 2-Sensores de temperatura transcutáneo reusable para adulto (de piel o superficie).
* 2-Sensores de temperatura transcutáneo reusable pediátricos (de piel o superficie).
* 2-Sensores de temperatura transcutáneo reusable neonatales (de piel o superficie).
* 300 electrodos de ECG descartables.
* Con batería recargable de respaldo de al menos 5 horas.
* Con accesorios para utilizar en ambulancia.
 |  |  |
| Características Eléctricas | * Voltaje: 120VAC +/- 10%, 60 Hz, Fases: 1
* Toma corriente grado hospitalario, cordón de alimentación eléctrica de longitud aproximada de 2 m.
 |  |  |
| Características Mecánicas | * Compacto y de fácil manejo, carcaza resistente a la corrosión.
* Resistente contra golpes.
* Acondicionado para transporte aéreo y transporte Marítimo.
* Liviano, para ser utilizado en helicóptero de rescate, menor a 3 kg .
 |  |  |
| Estándares y Normativas | * Fabricado bajo norma ISO 13485 (presentar documentación de respaldo vigente).
* Tipo de seguridad eléctrica según norma IEC 60601 -1 o equivalente (presentar documentación de respaldo vigente).
* Autorizado para su comercialización por FDA (EEUU), Directiva 93/42CEE (Comunidad Europea), JPAL, PMDA o JIS (Japón), presentar documentación de respaldo.
* Certificado para transporte aéreo y transporte Marítimo.
* Presentar Registro Sanitario vigente, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en DNM y carta en la cual se compromete; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente registro sanitario vigente, al momento de la entrega del producto.
* En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con registro sanitario en la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) **requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la DNM**. Posterior a la notificación de la resolución de la adjudicación, el ofertante procederá a tramitar el permiso especial de importación, con base a los requisitos establecidos en: <https://www.medicamentos.gob.sv/index.php/es/servicios-m/descargables/uiedm-m>
 |  |  |
| Condiciones de Recepción | * El equipo deberá ser entregado con todos sus accesorios en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra.
 |  |  |
| Condiciones de Instalación | * El equipo probado y verificar funcionamiento al momento de la entrega
 |  |  |
| Información Técnica Requerida | * Con la oferta:
* Catálogo con especificaciones técnicas.
* Con el equipo (impresos y en formato digital):
* Copia del Registro Sanitario **vigente**, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) para entregar al administrador de contrato u orden de compra.
* Manual de Operación en castellano
* Manual de Partes
* Manual de Servicio

Estos dos últimos preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en idioma inglés.  |  |  |
| Garantía  | * Garantía contra desperfectos de fábrica de tres años, a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
* Compromiso por escrito del suministrante en proveer repuestos para un período mínimo de 5 años y atender llamados por fallas en un periodo no mayor a 24 horas.
 |  |  |
| Capacitación | * El suministrante proporcionará la capacitación y comprenderá:
* La operación, limpieza y manejo del equipo, dirigida al personal operador.
* Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento del establecimiento.

Deberá presentar programa de capacitación. |  |  |
| Soporte Técnico | * La empresa deberá contar con departamento de servicio técnico biomédico, con personal entrenado por el fabricante (al menos 1 técnico certificado) para garantizar el soporte técnico calificado de los equipos ofertados y cumplir con el programa de capacitación solicitado, con una experiencia de al menos 2 años en el mantenimiento de equipos de monitoreo, para lo cual deberá presentar los correspondientes atestados que lo comprueben.
* Con equipo de calibración y análisis de los equipos ofertados, con certificado de calibración vigente, los cuales deberá incluirlos en su oferta.
* El MINSAL se reserva el derecho de verificar la información recibida, en este aspecto.
 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO**  | **CÓDIGO****MINSAL** | **ESEPCIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS** | **ESPECIFICACIONES****TÉCNICAS OFERTADAS** | **Ref.** |
| **2** | **60302055** | **ASPIRADOR DE SECRECIONES** |  |  |
| Descripción | Aspirador manual compacto para secreciones y/o fluidos en el sistema respiratorio o de heridas, reutilizable. |  |  |
| Accesorios incluidos | * 2 recipientes para secreciones, con protección de desbordamiento, volumen de 250 ml a 300 ml aproximadamente.
* Tubo de aspiración para adulto (cantidad 10)
* Tubo de aspiración pediátrico (cantidad 10)
 |  |  |
| Características Eléctricas | * No aplica
 |  |  |
| Características Mecánicas | * Bomba de succión manual para una presión de vacío de 0.6 bar aproximadamente.
* Flujo de 20 l/min o mayor.
 |  |  |
| Estándares y Normativas | * Presentar Registro Sanitario vigente, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) cuando esté disponible. En el caso que el citado registro sanitario no esté vigente, deberá presentar además del Registro Sanitario una copia de la Declaración Jurada de Renovación de Registro Sanitario presentado en DNM y carta en la cual se compromete; que en caso de ser adjudicado entregará el correspondiente registro sanitario vigente, al momento de la entrega del producto.
* En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con registro sanitario en la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) **requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la DNM**. Posterior a la notificación de la resolución de la adjudicación, el ofertante procederá a tramitar el permiso especial de importación, con base a los requisitos establecidos en: <https://www.medicamentos.gob.sv/index.php/es/servicios-m/descargables/uiedm-m>
* Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. (Presentar documentación de respaldo).
 |  |  |
| Condiciones de Recepción | Deberá entregarse en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato.Deberá incluir viñeta plastificada con marca, modelo y país de procedencia en cada equipo. |  |  |
| Condiciones de Instalación | No aplica |  |  |
| Información Técnica Requerida | Con la oferta: * Catálogo con especificaciones técnicas

Con el equipo:* Copia del Registro Sanitario **vigente**, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) para entregar al administrador de contrato u orden de compra.
* Certificado de garantía
* Manual de Operación en castellano
 |  |  |
| Garantía  | * Garantía contra desperfectos de fabricación de un año.
 |  |  |
| Muestra del equipo | * Deberá remitir muestra del equipo ofertado, esta muestra es de carácter devolutivo.
 |  |  |
| Capacitación | No aplica. |  |  |
| Soporte Técnico | * No aplica
 |  |  |

**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 Artículo** | **Descripción de los Bienes** | **Cantidad** | **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 *[a ser proporcionada por el Oferente]*** |
|  |  |  |  |  |  |  | *[indicar el número de días después de la fecha de efectividad del Contrato]* |
|  1 | MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL | 70 | CADA UNO |  Almacén El Paraíso Colonia El Paraíso Final 6a. Calle Oriente, No. 1105, San Salvador |  30 dias |  90 días |   |
|  2 |  ASPIRADOR DE SECRECIONES | 150 | CADA UNO |  Almacén El Paraíso Colonia El Paraíso Final 6a. Calle Oriente, No. 1105, San Salvador |  30 dias |  90 dias |   |

**[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.: “ADQUISICIÓN DE EQUIPO (MONITOR DE SIGNOS VITALES PORTÁTIL Y ASPIRADOR DE SECRECIONES) PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LAS AMBULANCIAS

Licitación Pública Nacional No: N° RES-COVID-111-LPN-B-MINSAL

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 recepción de ofertas**, si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la Oferta sea porque:
1. 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 06. Garantía de Mantenimiento de la Oferta (NO APLICA)**

**GARANTÍA BANCARIA**

Beneficiario:

Fecha: *[indicar la fecha]*

**GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA Nº** *[Indicar el número de Garantía]*

Se nos ha informado que *[indicar el nombre del Oferente]* (en adelante denominado “el Oferente”) ha presentado su oferta el *[indicar la fecha de presentación de la oferta]* (en adelante denominada “la Oferta”) para la ejecución de *[indicar el nombre del Contrato]*, bajo el Llamado a Licitación Nº *[indicar numero del Llamado a Licitación]*.

Asimismo, entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, una Garantía de Mantenimiento de la Oferta deberá respaldar dicha Oferta.

A solicitud del Oferente, nosotros *[Indicar el nombre del Banco]* por medio de la presente Garantía nos obligamos irrevocablemente a pagar a ustedes una suma o sumas, que no exceda(n) un monto total de $ *[indicar la cifra en números y en palabras]* al recibo en nuestras oficinas de su primera solicitud por escrito y acompañada de una comunicación escrita que declare que el Oferente está incurriendo en violación de sus obligaciones contraídas bajo las condiciones de la oferta, porque el Oferente:

(a) Ha retirado su oferta durante el período de validez establecido por el Oferente en el Formulario de la Oferta; o

(b) Habiéndole notificado el Contratante de la aceptación de su Oferta dentro del período de validez de la oferta como se establece en el Formulario de la Oferta, o dentro del período prorrogado por el Contratante antes de la expiración de este plazo, (i) no firma o rehúsa firmar el Contrato, si corresponde, o (ii) no suministra o rehúsa suministrar la Garantía de Cumplimiento del Contrato, de conformidad con las IAO.

Esta Garantía expirará (a) en el caso del Oferente seleccionado, cuando recibamos en nuestras oficinas las copias del Contrato firmado por el Oferente y de la Garantía de Cumplimiento del Contrato emitida a ustedes por instrucciones del Oferente, o (b) en el caso de no ser el Oferente seleccionado, cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) haber recibido nosotros una copia de su comunicación al Oferente indicándole que el mismo no fue seleccionado; o (ii) haber transcurrido veintiocho días después de la expiración de la Oferta.

Consecuentemente, cualquier solicitud de pago bajo esta Garantía deberá recibirse en esta institución en o antes de la fecha límite aquí estipulada.

Esta Garantía está sujeta las “Reglas Uniformes de la CCI relativas a las garantías contra primera solicitud” *(Uniform Rules for Demand Guarantees*), Publicación del ICC No. 458.

*[Firma(s) del (los) representante(s) autorizado(s) del Banco]*

**Formulario 06. Garantía de Mantenimiento de la Oferta (NO APLICA)**

**FIANZA**

*[Esta fianza será ejecutada en este Formulario de Fianza de la Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas.]*

*FIANZA N°. [indicar el número de fianza]*

POR ESTA FIANZA [indicar el nombre del Oferente] obrando en calidad de Mandante (en adelante “el Mandante”), y [indicar el nombre, denominación legal y dirección de la afianzadora], autorizada para conducir negocios en la el país del Contratante y quien obre como Garante (en adelante “el Garante”) por este instrumento se obligan y firmemente se comprometen con [indicar el nombre del Contratante] como Demandante (en adelante “el Contratante”) por el monto de [indicar el monto de la fianza expresada en moneda nacional de curso legal o en una moneda internacional de libre convertibilidad] [indicar la suma en palabras], a cuyo pago en legal forma, tipos y proporciones de monedas en que deba pagarse el precio de la Garantía, nosotros, el Principal y el Garante ante mencionados por este instrumento, nos comprometemos y obligamos colectiva y solidariamente a estos términos a nuestros herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios.

CONSIDERANDO que el Principal ha presentado al Contratante una Oferta escrita con fecha del \_\_ de \_\_\_\_, del 20\_\_, para la provisión de *[indicar nombre del Contrato]* (en adelante “la Oferta”).

POR LO TANTO, LA CONDICIÓN DE ESTA OBLIGACIÓN es tal que si el Mandante:

1. retira su Oferta durante el período de Validez de la Oferta estipulado por el Oferente en el Formulario de Presentación de la Oferta; o
2. si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el período de validez de la misma,

(a) no firma o rehúsa firmar el Convenio, si así se le requiere; o

(b) no presenta o rehúsa presentar la Garantía de Fiel Cumplimento de Contrato de conformidad con lo establecido en las Instrucciones a los Oferentes;

el Garante procederá inmediatamente a pagar al Contratante la máxima suma antes indicada al recibo de la primera solicitud por escrito del Contratante, sin que el Contratante tenga que sustentar su demanda, siempre y cuando el Contratante establezca en su demanda que ésta es motivada por los acontecimientos de cualquiera de los eventos descritos anteriormente, especificando cuál(es) evento(s) ocurrió / ocurrieron.

EN FE DE LO CUAL, el Garante conviene que su obligación permanecerá vigente y tendrá pleno efecto inclusive hasta la fecha de veintiocho (28) días después de la expiración de la Validez de la Oferta tal como se establece en la Llamado a Licitación. Cualquier demanda con respecto a esta Fianza deberá ser recibida por el Garante a más tardar dentro del plazo estipulado anteriormente.

*EN FE DE LO CUAL, el Mandante y el Garante han dispuesto que se ejecuten estos documentos con sus respectivos nombres este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.*

*Principal(es): [nombre(s) del representante(s) autorizado de la Afianzadora] \_\_\_\_\_\_\_\_*

Garante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sello Oficial de la Corporación (si corresponde)

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

*(Firma) (Firma)*

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

*(Nombre y cargo) (Nombre y cargo)*

**Formulario 07. Autorización del Fabricante**

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

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

Licitación Pública Nacional No.:

N° RES-COVID-111-LPN-B-MINSAL

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**

Presentamos Estados Financieros de los años 2019, 2020 y 2021, para el cálculo de Facturación Promedio de los tres años.

Atentamente,

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

**Formulario 09: Experiencia Específica del Oferente**

|  |
| --- |
| **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** |
|  A) CONTRATOS EJECUTADOS DE [VENTA DE LOS SIGUIENTES BIENES: (DETALLAR) |
| 1 |   |  |  |  |  |  |  |
| 2 |   |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL FACTURADO (INDICAR LA SUMA TOTAL EN US $) |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

**Formulario 11 - Personal Principal Propuesto – Curriculum Vitae**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***CARGO A EJERCER*** | ***NACIONALIDAD*** | ***TÍTULO PROFESIONAL*** | ***FECHA DE GRADO*** | ***PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO*** |
| *Soporte Técnico y**Capacitación* |  | *Ing. o Técnico Biomédico* |  |  |

**MODELO DE CURRICULUM VITAE**

Nombre Completo: ……………………………………..

Edad: ……………………………………..

Nacionalidad: ……………………………………..

Ciudad de residencia: ……………………………………..

Títulos profesionales: Fecha obtención (d/m/a):

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

**Cursos de especialización (**Indicar el nombre del curso, lugar/institución que dio el curso, duración, fecha de realización).

 Nombre curso Institución Duración Fechas (d/m/a)

**Actividad actual y lugar de trabajo: ……………………………………………………….**

**Experiencia profesional:** (Indicar experiencia en proyectos similares) …………………

Declaro que la información proporcionada es verídica.

**[insertar la fecha]**

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
|  |  |
|  |  |

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