REPÚBLICA DE EL SALVADOR

DOCUMENTOS DE LICITACION PÚBLICA NACIONAL.

PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DIFERENTES DE CONSULTORÍA Y/O CONEXOS, MEDIANTE EL MÉTODO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL (LPN).

Adquisición de Bienes y Servicios diferentes

de Consultoría y/o conexos.

*País: El Salvador.*

***Contratante: MINISTERIO DE SALUD.***

***Nombre del proyecto: PROGRAMA DE SALUD INTELIGENTE E INTEGRAL.***

***Número del préstamo/crédito: BID-5874/OC-ES.***

***Título de la Adquisición: “ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO BÁSICO, COLGANTES Y CARRO CAMILLA PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA”.***

***Identificador SEPA: L1160-P00001.***

***LPN N.°: MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00001.***

***Fecha de emisión: 20 DE MAYO DE 2025.***

Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Mayo 2025.

##### PARTE 1 – PROCEDIMIENTOS DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

###### Sección IV. Formularios de la Oferta

Esta Sección contiene los Formularios de Información sobre el/los Oferentes y Listas de Precios, de Precios y Cronograma de Cumplimiento – Servicios Conexos, de Garantía de Mantenimiento de la Oferta, de Declaración de Mantenimiento de Oferta y de Autorización del Fabricante que el Oferente deberá presentar en su Oferta, según corresponda, debidamente llenados.

**SECCIÓN IV.**

**FORMULARIOS DE LA OFERTA.**

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

*Licitación Pública Nacional LPN n.°:* **MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00001.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO BÁSICO, COLGANTES Y CARRO CAMILLA PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA*”**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**Ministerio de Salud.**

**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]*

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 n.°:* **MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00001.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO BÁSICO, COLGANTES Y CARRO CAMILLA PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA*”.**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**Ministerio de Salud.**

**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 n.°:* **MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00001.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO BÁSICO, COLGANTES Y CARRO CAMILLA PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA*”.**

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

Precio de los bienes:

| **Art.** | **Descripción** | **Unidad** | **Cantidad** | **Precio Unitario** **(IVA incluido)**  | **Precio Total(IVA incluido)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nebulizador | c/u | 4 | *US$* | *US$* |
| 2 | Glucómetro Personal con Tiras incluidas | c/u | 27 | *US$* | *US$* |
| 3 | Resucitador Manual Adulto | c/u | 26 | *US$* | *US$* |
| 4 | Resucitador Manual Neonatal | c/u | 7 | *US$* | *US$* |
| 5 | Resucitador Manual Pediátrico | c/u | 7 | *US$* | *US$* |
| 6 | Tensiómetro Aneroide Pediátrico de Tres Brazaletes | c/u | 14 | *US$* | *US$* |
| 7 | Termómetro Infrarrojo sin Tacto, para Temperatura Corporal | c/u | 40 | *US$* | *US$* |
| 8 | Camilla para Atención de Pacientes en Emergencia | c/u | 15 | *US$* | *US$* |
| 9 | Columna Cielítica de Dos Puestos de Trabajo | c/u | 4 | *US$* | *US$* |
|  |  |  |  | **TOTAL** | ***US$*** |

Precio de los servicios conexos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.°** **de Art.** | **Descripción de los Servicios diferentes de consultoría y/o servicios Conexos**  | **Cantidad** | **Unidad** | **Precio Unitario** **(IVA incluido)**  | **Precio Total(IVA incluido)** |
| 1 | Nebulizador | Capacitación(1 jornada) | c/u | *US$* | *US$* |
| Mantenimiento(8 visitas) | c/u | *US$* | *US$* |
| 8 | Camilla para Atención de Pacientes en Emergencia | Capacitación(3 jornadas) | c/u | *US$* | *US$* |
| Mantenimiento(45 visitas) | c/u | *US$* | *US$* |
| 9 | Columna Cielítica de Dos Puestos de Trabajo | Instalación(4) | c/u | *US$* | *US$* |
| Capacitación(3 jornadas) | c/u | *US$* | *US$* |
| Mantenimiento(12 visitas) | c/u | *US$* | *US$* |
|  |  |  |  | **TOTAL** | ***US$*** |

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

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

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

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

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

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

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

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

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS.**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **1** | 60302550 | 42271802 | NEBULIZADOR | 4 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 1. Nebulizador para entorno hospitalario.
2. Compresor de aire, para trabajo continuo.
3. Accionamiento por membrana o pistón.
4. De al menos una salida.
5. Con conector metálico resistente para la entrega de flujo.
6. Flujo Caudal nominal: mayor o igual a 9 litros/min.
7. Tasa de Nebulización, en un valor dentro de un rango entre: 0.25 y 0.35 ml/min. o mayor.
8. Presión de operación de al menos 9 PSI.
9. Tamaño de partículas: menor o igual a 10 micrones.
10. Bajo nivel de ruido, menor a 85dB.
11. Frascos humidificadores reusables y todos los aditamentos para su correcto funcionamiento.
12. Energía eléctrica Voltaje: 120VAC, Frecuencia: 60 Hz, 1 Fase.
13. Equipo portátil para montaje en sobremesa.
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Cuatro (4) Frascos humidificadores reusables de al menos 1000 ml.
2. Dos cientos (200) micro nebulizadores descartables con set completo para:
	1. Cien (100) mascarillas para adultos descartables.
	2. Cien (100) mascarillas pediátricas descartables.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
		2. Aprobada su comercialización por Regulación (EU) 2017/745 (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América o equivalente.
		3. Normas de seguridad eléctrica, para los elementos eléctricos, de la serie EN60601 o equivalente.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
		3. Los equipos a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados, entregado en el Hospital correspondiente, armados e instalados, para uso inmediato previas pruebas de aceptación por parte de la Institución.
		4. Entregar Registro Sanitario o Constancia de No Registro que emite la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). Si aplica, deberá presentar Registro Sanitario vigente, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). 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 una carta en la cual se compromete; que, en caso de ser adjudicado, deberá entregar el correspondiente registro sanitario vigente, al momento de la entrega del bien.
		5. 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>* + 1. Al momento de la recepción se deberá colocar una placa ya sea Calcomanía o Stícker o Viñeta metalizada en un lugar visible en cada componente del o los equipos en la que pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen, No. de Contrato, Vigencia de la garantía y teléfono de contacto en caso de falla del bien.
		2. Compromiso por escrito del suministrante en estar en la disponibilidad de proveer repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
1. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
	2. Manual de servicio y partes, preferiblemente en castellano o en inglés.
	3. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien.
2. Deberá entregarse instalado, funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 1 año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y periféricos a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |
| 1. **CAPACITACIÓN.**
 |  |
| 1. Para personal Usuario:
	1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones del hospital en 1 jornada de 2 horas, las cual debe de contener en su temario como mínimo: aplicaciones clínicas y de uso en general, manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, dichas capacitaciones serán a entera satisfacción de la Jefatura del Servicio.
	2. El programa de capacitación debe estar autorizado por el Administrador de Contrato.
2. Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
 |  |
| 1. **MANTENIMIENTO PREVENTIVO**
 |  |
| 1. Se requiere mantenimiento preventivo el cual deberá realizarse cada 6 meses, durante el tiempo de vigencia de la garantía, por lo que en total serán 2 visitas por equipo.
2. Con la entrega de los equipos se deberá presentar calendario de la realización de los mantenimientos preventivos que serán autorizadas por el administrador de contrato, con el visto bueno del Jefe de Mantenimiento del hospital y del Jefe del servicio.
3. La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el administrador de contrato con el visto bueno del Jefe de Mantenimiento y del Jefe del servicio.
4. Como parte del mantenimiento preventivo se deberán incluir, sin causar gastos adicionales, todos los materiales y consumibles necesarios para cumplir con las rutinas correspondientes, por ejemplo: lubricantes, limpiadores, franela, fusibles, bombillos, etc.
5. Toda acción preventiva o correctiva deberá estar respaldada por el reporte de servicio del representante de la marca, elaborado por el cada licitante adjudicado, el cual deberá ser firmado y sellado por los responsables de supervisar el trabajo realizado: la Jefatura del servicio donde se encuentre asignado el equipo y el Jefe de Mantenimiento dejando copias a ambas jefaturas y llenando la respectiva bitácora.

Para las visitas de mantenimiento preventivo, éstas deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento autorizado por el Jefe de Mantenimiento y del Jefe del servicio, salvo en situaciones especiales, las cuales deberán ser previamente acordadas entre las partes |  |
| 1. **SOPORTE TÉCNICO.**
 |  |
| 1. La empresa adjudicada deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **2**  | 60302330 | 41116201 | GLUCÓMETRO PERSONAL CON TIRAS INCLUIDAS | 27 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 1. Equipo portátil para medir el nivel de glucosa en sangre.
2. Con pantalla tecnología LCD o similar, para lectura directa del nivel de glucosa.
3. Volumen de muestra útil menor o igual a 1 µL.
4. Tiempo máximo para obtención de resultados menor o igual a 20 segundos.
5. Pantalla alfanumérica de fácil lectura.
6. Rango de medición entre 20 y 500 mg/dl o rango mayor
7. Capacidad de almacenar al menos 100 pruebas.
8. Sensor de encendido automático al detectar la tira de prueba.
9. Resistente a los líquidos de desinfección de uso hospitalario.
10. Sistema de auto calibración incorporado o por medio externo (tira de calibración o liquido), si es este último el caso, incluir los insumos de calibración.
11. Sistema de apagado automático.
12. Opera por medio de batería (recargable, si aplica)
13. Cargador de baterías para conectarse a Voltaje: 120 VCA ± 10%. Frecuencia: 60 Hertz. Fases: 1
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Un (1) estuche compacto para resguardo del equipo el cual debe incluir espacios para el lancetero, lancetas, tiras reactivas.
2. Incluir Un (1) set de baterías recargables y cargador con el equipo, este cargador debe poder conectarse a 120VCA ± 10%, 60 Hz, Fases: 1 (si aplica).
3. Doscientas (200) tiras reactivas de prueba de glucosa en sangre por equipo
4. Un (1) porta lancetero.
5. Doscientas (200) lancetas.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
		3. Los equipos a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados, entregado en el Hospital correspondiente, armados e instalados, para uso inmediato previas pruebas de aceptación por parte de la Institución.
		4. Entregar Registro Sanitario o Constancia de No Registro que emite la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). Si aplica, deberá presentar Registro Sanitario vigente, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). 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 una carta en la cual se compromete; que, en caso de ser adjudicado, deberá entregar el correspondiente registro sanitario vigente, al momento de la entrega del bien.
		5. 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>1. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
2. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien,
2. Deberá entregarse funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato. |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 1 año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 3 | 60302775 | 42272301 | RESUCITADOR MANUAL ADULTO | 26 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 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 menor o igual 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. La conexión del reservorio y del suministro de oxígeno serán completamente independientes (no coaxiales).
9. Completamente reusable, con acumulador expandible, con conector externo para fuente de oxígeno, fabricado en material esterilizable, silicona o material superior, completamente libre de látex.
10. Conector de entrada: Manguera para conectar NPT de 1/4”
11. 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.
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Dos (2) juegos de 3 unidades de mascarillas reusables en tamaños: grande, mediana y pequeña. Total 6 mascarillas por equipo.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
		2. Aprobada su comercialización por Regulación (EU) 2017/745 (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América o equivalente.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
3. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien.
2. Deberá entregarse funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 1 año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 4 | 60302800 | 42272301 | RESUCITADOR MANUAL NEONATAL | 7 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 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 de silicona o material superior, libre de látex, 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. 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, silicona o material superior, completamente libre de látex.
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Dos (2) juegos de 2 mascarillas reusables para pacientes neonatos. En tamaños S y XS. 4 mascarillas por equipo.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
3. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien,
2. Deberá entregarse funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 1 año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y periféricos a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 5 | 60302825 | 42272301 | RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO | 7 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 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. 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, silicona o material superior, libre de látex.
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.
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Dos (2) juegos adicionales de dos (2) unidades de mascarillas reusables para los tamaños grande, mediana y pequeña. Total seis (6) por equipo.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
3. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien,
2. Deberá entregarse funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 1 año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 6 | 60302875 | 42181601 | TENSIÓMETRO ANEROIDE PEDIÁTRICO DE TRES BRAZALETES | 14 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 1. Tensiómetro aneroide con escala de manómetro entre 0-300 mm Hg ± 3 mm Hg.
2. Para uso en brazo de niño, lactante y neonato.
3. Manómetro con protector antigolpes y sin engranajes.
4. Capacidad de soportar caídas de al menos 70 cm.
5. Control de presión con válvula de mariposa, que permita la salida de aire de manera suave y uniforme.
6. Pera de insuflación y tubo libres de látex.
7. Mangas de nylon o material superior con cierre por banda velcro.
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Dos (2) mangas libres de látex tamaño Neonatal (niños de 0-28 días).
2. 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.
3. Dos (2) mangas de hule libre de látex para lactantes (1 -24 meses) reusable y bolsa de tela resistente con cierre de velcro.

Total, seis mangas (6) por equipo.1. Un (1) estuche para almacenamiento del Tensiómetro.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
3. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien.
2. Deberá entregarse funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 1 año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 7 | 60302928 | 41112210 | TERMÓMETRO INFRARROJO SIN TACTO, PARA TEMPERATURA CORPORAL | 40 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 1. Equipo para medición de temperatura corporal.
2. Tecnología de medición infrarroja sin contacto.
3. Rango útil de medida mínimo: 35° Celsius a 42° Celsius.
4. Exactitud de la medición de al menos: ± 0.3° Celsius.
5. Con memoria de al menos las 10 últimas mediciones.
6. Pantalla LCD o similar.
7. Apagado automático.
8. Lectura en menos de 10 segundos.
9. Mediciones en grados Celsius y Fahrenheit.
10. Con alarma de fiebre.
11. Opera por medio de baterías (recargable, si aplica).
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Estuche con cierre.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
	2. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien.
2. Deberá entregarse funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 1 año para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y periféricos a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 8 | 60303022 | 42171611 | CAMILLA PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIA | **15** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 1. Camilla hidráulica para atención de pacientes en máxima urgencia y transporte intrahospitalario, fiable y resistente con altas prestaciones que ayuda a mejorar el flujo de pacientes de cualquier hospital.
2. Plataforma al menos dos planos y dos barandales de seguridad laterales colapsables y retractables para el área del tronco, pierna y pies del paciente.
3. Superficie de descanso translucida a los Rayos X con soporte para cassette de equipo de Rayos X.
4. Fácil desmontaje del colchón para realizar la asepsia
5. Bumpers laterales para evitar los golpes en el mecanismo de los barandales.
6. Sistema de columnas telescópicas, que permiten una fácil limpieza por parte del usuario.
7. Palanca de inicio inmediato de CPR.
8. Ajuste de altura variable por medio de controles de pedal a ambos lados de la camilla, con movimientos:
	1. Trendelenburg y Anti trendelenburg de -16°/16° como mínimo.
	2. Inclinación de respaldo de 80° o mayor.
9. Capacidad máxima de levantamiento de paciente: 220 Kg o mayor.
10. Espacio de almacenaje para un tanque de oxígeno tipo E.
11. Sistema de 5 ruedas de caucho conductivo o de poliuretano de al menos 20 cm de diámetro en 4 de ellas, con sistema de freno individual en al menos 4 ruedas o centralizado.
12. Asideras en la parte de la cabecera para fácil transporte y empuje.
13. Dimensiones:
	1. Altura ajustable sin colchón entre 57 cm a 87 cm o rango más amplio.
	2. Largo y ancho del colchón (190 x 75) cm o mayor.
	3. Largo y ancho externo de (210 x 85) cm o mayor.
	4. Altura de los barandales de 35 cm o mayor.
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Una colchoneta desmontable de espuma viscoelástica o poliuretano de alta densidad, de al menos 7 cm. de espesor.
2. Dos (2) manerales de direccionamiento (asideras)
3. Un (1) atril porta sueros de acero inoxidable o material de mejor calidad de cuatro ganchos, para colocar soluciones a ambos lados de la cabecera.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
		2. Aprobada su comercialización por Regulación (EU) 2017/745 (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América o equivalente.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
		3. Los equipos a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados, entregado en el Hospital correspondiente, armados e instalados, para uso inmediato previas pruebas de aceptación por parte de la Institución.
		4. Presentar con la oferta Registro Sanitario o Constancia de No Registro que emite la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS). Si aplica, deberá presentar Registro Sanitario vigente. 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 y una carta en la cual se compromete; que, en caso de ser adjudicado, deberá entregar el correspondiente registro sanitario vigente, al momento de la entrega del bien.
		5. En el caso que el Equipo sea extranjero y no cuente con registro sanitario en Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS), requerirá de un permiso especial de importación otorgado por la SRS. 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 la página web oficial de la SRS. <https://www.srs.gob.sv/?wpdmpro=guia-para-tramites-de-permisos-especiales-de-importacion>
		6. Al momento de la recepción se deberá colocar una placa ya sea Calcomanía o Stícker o Viñeta metalizada en un lugar visible en cada componente del o los equipos en la que pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen, No. de Contrato, Vigencia de la garantía y teléfono de contacto en caso de falla del bien.
		7. Compromiso por escrito del suministrante en estar en la disponibilidad de proveer repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
2. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
	2. Manual de servicio y partes, preferiblemente en castellano o en inglés.
	3. Deberá entregar a la una copia física y una copia digital de todos los Manuales por equipo.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien.
2. Deberá entregarse instalado, funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 120 días calendario posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 3 años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
 |  |
| 1. **CAPACITACIÓN.**
 |  |
| 1. Para personal Usuario:
	1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones del hospital en 2 jornadas de 4 horas, las cuales deben de contener en su temario como mínimo: aplicaciones clínicas y de uso en general, manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, dichas capacitaciones serán a entera satisfacción de la Jefatura del Servicio.
	2. El programa de capacitación debe estar autorizado por la Jefatura del servicio y el Administrador de Contrato.
2. Para personal de Mantenimiento:
	1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones del hospital, en 1 jornada de 4 horas, la cual debe contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas, solicitud de repuestos, en castellano.
	2. El programa de capacitación para personal de mantenimiento debe estar autorizado por el jefe de Mantenimiento y el Administrador de Contrato.
3. El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en cada uno de los temas.
4. Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
 |  |
| 1. **MANTENIMIENTO PREVENTIVO.**
 |  |
| 1. Se requiere mantenimiento preventivo el cual deberá realizarse cada 12 meses, durante el tiempo de vigencia de la garantía, por lo que en total serán 3 visitas por equipo.
2. Con la entrega de los equipos se deberá presentar calendario de la realización de los mantenimientos preventivos que serán autorizadas por el administrador de contrato, con el visto bueno del Jefe de Mantenimiento del hospital y del Jefe del servicio.
3. La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el administrador de contrato con el visto bueno del Jefe de Mantenimiento y del Jefe del servicio.
4. Como parte del mantenimiento preventivo se deberán incluir, sin causar gastos adicionales, todos los materiales y consumibles necesarios para cumplir con las rutinas correspondientes, por ejemplo: lubricantes, limpiadores, franela, etc.
5. Toda acción preventiva o correctiva deberá estar respaldada por el reporte de servicio del representante de la marca, elaborado por el cada licitante adjudicado, el cual deberá ser firmado y sellado por los responsables de supervisar el trabajo realizado: la Jefatura del servicio donde se encuentre asignado el equipo y el Jefe de Mantenimiento dejando copias a ambas jefaturas y llenando la respectiva bitácora.
6. Al finalizar cada año durante el periodo de garantía, la empresa deberá presentar un reporte de seguridad eléctrica de cada uno de los componentes del equipo, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y los usuarios, en caso de existir deficiencias se deberán corregir de forma oportuna.
7. Para las visitas de mantenimiento preventivo, éstas deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento autorizado por el Jefe de Mantenimiento y del Jefe del servicio, salvo en situaciones especiales, las cuales deberán ser previamente acordadas entre las partes.
 |  |
| 1. **SOPORTE TÉCNICO.**
 |  |
| 1. Deberá estar en capacidad de atender llamadas en un periodo no mayor de 24 horas calendario, a partir de la comunicación escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato.
2. La empresa adjudicada deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| 9 | 60303023 | 42191702 | COLUMNA CIELÍTICA DE DOS PUESTOS DE TRABAJO | 4 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.**
 | **ESPECIFICACIONES OFERTADAS Y REFERENCIA** |
| 1. Pendante tipo columna cielítica fija sin brazos, un solo punto de suspensión a techo. Para la atención de dos puestos de trabajo en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
2. Ambas estaciones deberán considerar:
	1. Cesto para almacenaje de insumos médicos, montaje sobre carril lateral de estante
	2. Atril para bombas de infusión y colocación de sueros, de doble brazo articulado.
	3. Gestor de cable para bomba de infusión y bombas de jeringa.
	4. Gestor de cables para gases medicinales
	5. Un riel frontal o lateral para colocación de accesorios.
	6. Una bandeja ajustable o brazo para colocación segura de monitor de signos vitales.
	7. Conectores eléctricos:
		1. 4 Pines equipotenciales
		2. 2 Conector RJ45 Cat 6a.
		3. 4 Tomas eléctrico doble, grado hospitalario tipo NEMA 5-20R o 5-15R.
	8. Conexiones de gases medicinales, tipo DISS:
		1. 2 Tomas de gases de oxígeno médico
		2. 2 Tomas de gases de aire médico.
		3. 2 Tomas de gases de vacío médico.
3. Superficie fácil de limpiar.
4. Columna y cuerpo perfil redondo, ovalado o rectangular, sin filos que permita el paso de flujo laminar.
5. Material de la estructura de Perfil de Aluminio color anodizado o aleación aluminio, con espesor mínimo de 2.5 mm.
6. Cubiertas en material plástico ABS o mejor calidad, con protección anticorrosiva, y/o recubrimiento antibacterial, totalmente resistente a los productos utilizados en ambientes críticos hospitalarios.
7. Capacidad de carga mayor o igual a 500 Kg.
8. Conexión eléctrica a 120 VAC ±10%, 60 Hz.
9. Conexiones de gases médicos por medio de mangueras, incluyendo válvulas de cierre en caso de emergencia para cada equipo.
10. Largo de espacio útil de columna (tomas eléctricos, tomas de gases, datos, bandejas) mínimo de 1000 mm.
11. Nivel de protección IP20.
 | **MARCA:****MODELO:****ORIGEN:** |
| 1. **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.**
 |  |
| 1. Una (1) Bandeja para área de trabajo con una (1) gaveta para almacenamiento de cables, rieles laterales en ambos costados para instalación de accesorios.
2. Dos (2) frascos recolectores de secreciones liviano con su slide, compacto, para montaje en riel; carcasa de polietileno, polipropileno
3. Dos (2) reguladores de vacío fabricado de material metálico anticorrosivo, con indicador de rango aproximado de succión de vacío: 7.5 mm Hg a 150 mm Hg o rango mayor.
4. Un (1) medidor con alarma visible de nivel de ruido configurado para ambientes de UCIN.
 |  |
| 1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR.**
 |  |
| 1. Con la oferta:
	1. Respaldo técnico:
		1. Presentar documentación técnica, brochures, catálogos, manuales de usuario, manuales de servicio en la que se puedan verificar las especificaciones solicitadas.
		2. Presentar cuadro comparativo de las especificaciones técnicas solicitadas contra las ofertadas referenciadas a número de folio.
		3. Si es presentada una especificación diferente a la solicitada pero que represente una mejora, deberá aclarar e identificar la mejora, adjuntando la documentación de respaldo para validar.
	2. Estándares y normativas:
		1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o Sistema de gestión de calidad: ISO 9001.
		2. Aprobada su comercialización por Regulación (EU) 2017/745 (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América o equivalente.
		3. Normas de seguridad eléctrica, para los elementos eléctricos, de la serie EN60601 o equivalente.
	3. Cartas compromiso:
		1. Por la garantía del tiempo solicitado.
		2. El listado de accesorios a incluir por equipo.
		3. Los equipos a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 6 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados, entregado en el Hospital correspondiente, armados e instalados, para uso inmediato previas pruebas de aceptación por parte de la Institución.
		4. Entregar Registro Sanitario o Constancia de No Registro que emite la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). Si aplica, deberá presentar Registro Sanitario vigente, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). 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 una carta en la cual se compromete; que, en caso de ser adjudicado, deberá entregar el correspondiente registro sanitario vigente, al momento de la entrega del bien.
		5. 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>* + 1. Al momento de la recepción se deberá colocar una placa ya sea Calcomanía o Stícker o Viñeta metalizada en un lugar visible en cada componente del o los equipos en la que pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen, No. de Contrato, Vigencia de la garantía y teléfono de contacto en caso de falla del bien.
		2. Compromiso por escrito del suministrante en estar en la disponibilidad de proveer repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
1. Con los equipos:
	1. Manual de Operación en castellano.
	2. Manual de servicio y partes, preferiblemente en castellano o en inglés.
	3. Manual de instalación
	4. Deberá entregar una copia física y una copia digital de todos los manuales por el total de equipos contratados.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE RECEPCIÓN.**
 |  |
| 1. Los equipos serán probados en presencia del administrador de contrato, realizando las comprobaciones de funcionamiento tomando como base el documento de aceptación del fabricante. Se deberá hacer Acta indicando Aceptación o Rechazo del bien,
2. Deberá entregarse instalado, funcionando y en excelente estado a entera satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **CONDICIONES DE INSTALACIÓN.**
 |  |
| 1. La empresa adjudicada deberá realizar el montaje, las conexiones de los diferentes suministros eléctricos, gases, datos, etc., y puesta en marcha del equipo, verificando todas las condiciones necesarias para su correcta instalación. (Ver Anexo Condiciones Generales de Instalación)
2. Deberá considerar el suministro e instalación del arriostramiento a la losa y el soporte cielitico necesario para permitir la correcta instalación del equipo.
3. Será necesario que dentro de los 15 días posteriores a la distribución del contrato presentar las guías mecánicas para tomar en cuenta las preinstalaciones.
4. Realizará todo lo necesario para dejar los equipos funcionando a satisfacción del administrador de contrato.
 |  |
| 1. **TIEMPO DE ENTREGA.**
 |  |
| 1. Tiempo de entrega de 90 días calendario posterior a la distribución de contrato (Incluye suministro e instalación).
 |  |
| 1. **GARANTÍA.**
 |  |
| 1. Garantía de fábrica o del distribuidor de 3 años para todo el equipo contra desperfectos de fabricación, incluyendo sus accesorios y periféricos a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.
2. Esta garantía deberá incluir llamados por mantenimiento emergente ante cualquier falla, reparación o sustitución de piezas, accesorios o insumos y ser atendida en un tiempo máximo de 24 horas.
 |  |
| 1. **CAPACITACIÓN.**
 |  |
| 1. Para personal Usuario:
	1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones del hospital en 2 jornadas de 4 horas, las cuales deben de contener en su temario como mínimo: aplicaciones clínicas y de uso en general, manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, dichas capacitaciones serán a entera satisfacción de la Jefatura del Servicio.
	2. El programa de capacitación debe estar autorizado por la Jefatura del servicio y el Administrador de Contrato.
2. Para personal de Mantenimiento:
	1. Se proporcionarán capacitaciones en las instalaciones del hospital, en 1 (una) jornada de 4 horas, la cual debe contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas, solicitud de repuestos, en castellano.
	2. El programa de capacitación para personal de mantenimiento debe estar autorizado por el jefe de Mantenimiento y el Administrador de Contrato.
3. El proveedor adjudicado se comprometerá a que las capacitaciones deberán ser impartidas por personal especializado en cada uno de los temas y certificado por el fabricante (deberán presentar certificados).
4. Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.
 |  |
| 1. **MANTENIMIENTO PREVENTIVO.**
 |  |
| 1. Se requiere mantenimiento preventivo el cual deberá realizarse cada 12 meses, durante el tiempo de vigencia de la garantía, por lo que en total serán 3 visitas por equipo.
2. Con la entrega de los equipos se deberá presentar calendario de la realización de los mantenimientos preventivos que serán autorizadas por el administrador de contrato, con el visto bueno del Jefe de Mantenimiento del hospital y del Jefe del servicio.
3. La rutina deberá ser la que el fabricante del o los equipos recomiende y deberá estar autorizada por el administrador de contrato con el visto bueno del Jefe de Mantenimiento y del Jefe del servicio.
4. Como parte del mantenimiento preventivo se deberán incluir, sin causar gastos adicionales, todos los materiales y consumibles necesarios para cumplir con las rutinas correspondientes, por ejemplo: lubricantes, limpiadores, franela, fusibles, bombillos, etc.
5. Toda acción preventiva o correctiva deberá estar respaldada por el reporte de servicio del representante de la marca, elaborado por el cada licitante adjudicado, el cual deberá ser firmado y sellado por los responsables de supervisar el trabajo realizado: la Jefatura del servicio donde se encuentre asignado el equipo y el Jefe de Mantenimiento dejando copias a ambas jefaturas y llenando la respectiva bitácora.
6. Al finalizar cada año durante el periodo de garantía, la empresa deberá presentar un reporte de seguridad eléctrica de cada uno de los componentes del equipo, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y los usuarios, en caso de existir deficiencias se deberán corregir de forma oportuna.
7. Para las visitas de mantenimiento preventivo, éstas deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento autorizado por el Jefe de Mantenimiento y del Jefe del servicio, salvo en situaciones especiales, las cuales deberán ser previamente acordadas entre las partes.
 |  |
| 1. **SOPORTE TÉCNICO.**
 |  |
| 1. Deberá estar en capacidad de atender llamadas en un periodo no mayor de 24 horas calendario, a partir de la comunicación escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato.
2. La empresa adjudicada deberá contar con departamento de servicio técnico en El Salvador, con personal entrenado para garantizar el soporte técnico calificado.
 |  |
| 1. **IMAGEN DE REFERENCIA.**
 |  |
|  |  |

**CONDICIONES GENERALES DE PREINSTALACIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL ARTICULO n.° 12.**

**ALCANCE.**

El MINSAL suministrará la información de referencia suficiente y necesaria que el contratista deba considerar para realizar adecuadamente las instalaciones de los equipos, incluyendo todas aquellas pequeñas preinstalaciones para dejar el área intervenida en condiciones similares a las encontradas, el tamaño y ajuste de los equipos incluyendo sus accesorios dependerá de las dimensiones de los ambientes, considerando que estas áreas son lo suficientemente amplias para el uso estimado de los equipos a suministrar; debido a que no habrá visita de campo al lugar.

El contratista proveerá todos los materiales y mano de obra necesarias, que permitan la instalación completa de los equipos, a satisfacción del Administrador de contrato, esto incluye las preinstalaciones, limpieza final de las áreas de trabajo, capacitaciones, e inspecciones finales para su recepción. Las instalaciones de los sistemas y equipos serán ejecutadas de acuerdo con las instrucciones de los fabricantes. Los detalles en este alcance son indicativos y deben ser verificados con los equipos y sistemas a instalarse.

Para la ejecución de las instalaciones de oxígeno, aire médico y vacío se seguirá lo indicado en el "Standard for Non-Flamable Medical Gas Systems # 56F", "Standard for Inhalation Therapy # 56B" de la NFPA, Standard for Health Care Facilities NFPA 99, así como los reglamentos de aplicables y normas aplicables y vigentes, el presente alcance y las recomendaciones particulares que los fabricantes del equipo tienen al respecto; en general la ejecución será realizada de acuerdo a la mejor práctica de la ingeniería.

Todos los materiales y equipos con los que se ejecute la obra serán nuevos y de primera calidad, debiendo cumplir o superar las condiciones, que se indican en este apartado y que deben ser consideradas como mínimas.

1. **PRE INSTALACIÓN.**
	1. Los planos adjuntos son diagramáticos y normativos por lo tanto cualquier accesorio, material o trabajo que no se indique en los mismos, pero se menciones en estas especificaciones o viceversa, o se considere necesario para que los equipos y sus sistemas quede en condiciones óptimas de operación, será suministrado, trasladado e instalado por la contratista, sin que ello represente un costo adicional para el Propietario.
	2. La disposición general de los equipos será conforme a los planos, los cuales muestran la posición más conveniente para la instalación de los mismos, por lo que el contratista deberá confirmar mediante los planos arquitectónicos y estructurales para verificar en campo previo a la instalación de los equipos a suministrar.
	3. El contratista deberá presentar las Guías mecánicas de los equipos a suministrar, en los primeros 15 días calendario después de Distribución de contrato, quien junto al equipo de especialista verificara que al efectuar las instalaciones esta se acomodará a la estructura, evitando obstrucciones, conservando alturas y manteniendo los espacios libres para todas las especialidades, en caso de requerirse pequeños cambios que impliquen costos adicionales deberá notificar inmediatamente al Propietario, quien someterá a revisión ya probación, las modificaciones y/o planos.
	4. Se debe verificar las posiciones de los suministros para los diversos gases antes de realizar las derivaciones en los ambientes de acuerdo a la distribución establecida.
	5. La utilización de los soportes de las características especificadas en cada descripción, deben ser anclados convenientemente, de acuerdo a la ocupación requerida con el propósito de soportar las instalaciones y posibles vibraciones.
	6. Deberá presentar programación de actividades con fechas estimadas de ejecución de trabajos de instalación.
2. **EJECUCIÓN DE TRABAJOS DE INSTALACIÓN.**
	1. Previo a la ejecución, deberán realizar planos de detalle y taller de todos y cada uno de los sistemas y equipos, en coordinación con los especialistas y para aprobación del supervisor MINSAL, verificando que las condiciones reales del proyecto permitan su ejecución.
	2. Así mismo el contratista deberá presentar programa de actividades con las fechas estimadas, horas laborales, y personal que ingresará a la institución para realizar los trabajos de instalación, ambas propuestas serán aprobadas por el Administrador de contrato con visto bueno de los especialistas que considere conveniente para proceder con las actividades.
	3. Al contratista se le asignará un espacio para colocación de materiales y herramientas, las cuales será responsabilidad del mismo su correcto almacenaje y protección
	4. Sera responsabilidad del contratista mantener limpia el área de trabajo debiendo remover y retirar de manera inmediata y por su cuenta el desperdicio o desechos que generen sus trabajos.
	5. El contratista deberá proporcionar los medios para transporte, elevación, y manejo de equipos y materiales, así como andamios, escaleras, herramientas y equipo de protección para el personal que ejecutara los trabajos.
	6. Es obligación del contratista cuidar de y proteger las instalaciones existentes cercanas al lugar donde se realizarán las instalaciones, así como de mobiliario o equipos si los hubiere.
	7. Los daños que sean ocasionados por el personal del contratista, a las instalaciones existentes, será reparado o sustituido, por este sin costo alguno para el propietario.
3. **PERSONAL EN LOS TRABAJOS DE INSTALACIÓN.**
	1. El personal del contratista deberá permanecer identificado dentro de las instalaciones, mediante uso de camisetas con el logo de la empresa, y obligatoriamente deberán usar equipo de protección personal adecuado para la ejecución de sus tareas. Deberán contar con un seguro contra accidentes o en su defecto estar afiliados a Instituto Salvadoreño de Seguro social.
	2. Todo personal asignado a las diferentes actividades deberá guardar una compostura correcta en el área de su trabajo y evitará que deambule en zonas que no sean las de su labor. Para ayudar a implantar un adecuado control del personal dentro de las instalaciones hospitalarias, el contratista deberá proveer listado del personal asignado, junto con el programa de actividades.
	3. El Contratista deberá poner a disposición a un profesional calificado en las especialidades de Ingeniería relacionadas a los equipos a instalar, quien se encargará de dirigir los trabajos, como responsable durante todo el proceso hasta la recepción definitiva.
	4. Para los trabajos de soldadura de tuberías deberán ser realizadas por personal calificado en procesos de soldadura.

1. **RECEPCIÓN DE LAS INSTALACIONES.**
	1. Una vez finalizado el trabajo de instalación y efectuados los ajustes y/o calibraciones necesarias para la operación de los equipos de acuerdo a planos y especificaciones, el contratista comunicara por escrito al Administrador de contrato que los trabajos han sido concluidos en su totalidad y está listo para ponerlos en operación.
	2. El propietario designara a la(s) persona(s) que estime conveniente para proceder con la recepción y realización de las siguientes pruebas para la red y tomas de gases médicos:
		1. Prueba de barrido inicial.
		2. Prueba de presión inicial.
		3. Prueba de conexión cruzada.
		4. Prueba de purga.
		5. Prueba de presión sostenida.
	3. El propietario designara a la(s) persona(s) que estime conveniente para proceder con la recepción y realización de las siguientes pruebas para la instalación eléctrica y señales débiles:
		1. Para los tomacorrientes:
			1. Verificación de equipotencialidad.
			2. Verificación de polarización a tierra, correcta conexión de contactos y medición de tensión entre fase, neutro y tierra.
			3. Verificación de fuerza de desconexión.
		2. Para los puntos de red se deberá presentar la certificación de la red de datos (prueba de desempeño) por un periodo de un año.
	4. Cuando el Administrador de contrato, conceda el visto bueno de la recepción de los equipos se levantará un acta, en conformidad de que los equipos funcionan correctamente.
	5. El contratista entregara a su vez una copia en físico y una copia digital de: los manuales solicitados en las especificaciones técnicas, la guía de servicio de mantenimiento o protocolo de mantenimiento preventivo y juego de planos finales de instalaciones (eléctricas, mecánicas, según aplique).
	6. El contratista deberá realizar las capacitaciones solicitadas en las especificaciones técnicas, y al finalizar levantaran acta de recepción de las mismas a conformidad, por el Administrador de contrato.

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

 **“ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO BÁSICO, COLGANTES Y CARRO CAMILLA PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA.”**

| **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 | Nebulizador | 4 | *Almacén El Paraíso.**Col. El Paraíso, final 6ª. Calle Oriente n°. 1105, San Salvador.* | *90* *días calendarios a partir de la distribución del contrato.* | *120 días calendarios a partir de la distribución del contrato.* | *[indicar el número de días de entrega de los suministros ofertados]* |
| 2 | Glucómetro Personal con Tiras incluidas | 27 |
| 3 | Resucitador Manual Adulto | 26 |
| 4 | Resucitador Manual Neonatal | 7 |
| 5 | Resucitador Manual Pediátrico | 7 |
| 6 | Tensiómetro Aneroide Pediátrico de Tres Brazaletes | 14 |
| 7 | Termómetro Infrarrojo sin Tacto, para Temperatura Corporal | 40 |
| 8 | Camilla para Atención de Pacientes en Emergencia | 15 |
| 9 | Columna Cielítica de Dos Puestos de Trabajo | 4 | *Hospital de Nejapa.* | *60 días calendarios a partir de la distribución del contrato.**(incluye suministro e instalación)* | *90 días calendarios a partir de la distribución del contrato.**(incluye suministro e instalación)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.°** **de Art.** | **Descripción de los Servicios diferentes de consultoría y/o servicios Conexos**  | **Cantidad** | **Unidad** | **Lugar de prestación del servicio** | **Fecha de Entrega**  |
| **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización** | **Plazo de Ejecución** |
| 1 | Nebulizador | Capacitación(1 jornada) | c/u | Hospital de Nejapa | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. |  |   |
| Mantenimiento(8 visitas) | c/u | Hospital de Nejapa |  |  |
| 8 | Camilla para Atención de Pacientes en Emergencia | Capacitación(3 jornadas) | c/u | Hospital de Nejapa | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. |  |   |
| Mantenimiento(45 visitas) | c/u | Hospital de Nejapa |  |  |
| 9 | Columna Cielítica de Dos Puestos de Trabajo | Instalación(4) | c/u | Hospital de Nejapa | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. |  |   |
| Capacitación(3 jornadas) | c/u | Hospital de Nejapa |  |  |
| Mantenimiento(12 visitas) | c/u | Hospital de Nejapa |  |  |

 **[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

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

*Licitación Pública Nacional LPN n.°:* **MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00001.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO BÁSICO, COLGANTES Y CARRO CAMILLA PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA*”.**

Fecha: *[indique la fecha]*

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

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Formulario 06 - Garantía de Mantenimiento de la Oferta.**

**GARANTÍA BANCARIA (No aplica).**

**Formulario 06 - Garantía de Mantenimiento de la Oferta.**

**FIANZA (No aplica).**

**Formulario 07 - Autorización del Fabricante**

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

*Licitación Pública Nacional LPN n.°:* **MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00001.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO BÁSICO, COLGANTES Y CARRO CAMILLA PARA EL HOSPITAL DE NEJAPA*”.**

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

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

POR CUANTO

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

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

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

Cargo: *[indicar cargo]*

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

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

**Formulario 08 - Facturación Promedio Anual**

Mi representada tiene una facturación promedio anual por *[venta de los siguientes bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos: (detallar)/prestación de servicios como: (detallar)]* por el período del *(indicar fecha) al \_(indicar fecha)\_\_, de \_(indicar monto),* adjunto documentos de respaldo. Presentamos los Estados Financieros de los años 2022, 2023 y 2024, para verificar el dato proporcionado de la 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)/PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: (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 10: Disponibilidad del Equipo.**

**(No aplica)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO*** | ***CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS*** | ***ANTIGUEDAD*** | ***CONDICIÓN*** | ***CANTIDAD*** | ***PROPIETARIO*** | ***DISPONIBILIDAD*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Atentamente,

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

**(No aplica)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***CARGO A EJERCER*** | ***NACIONALIDAD*** | ***TÍTULO PROFESIONAL*** | ***FECHA DE GRADO*** | ***PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**MODELO DE CURRICULUM VITAE DEL PERSONAL PRINCIPAL**

Nombre Completo: ……………………………………..

Edad: ……………………………………..

Nacionalidad: ……………………………………..

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

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

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

***Cursos de especialización con duración mayor a 100 horas*** *(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) …………………

**Asociaciones a las que pertenece: ……………………………………………………**

**Licencia o Registro Profesional** *(profesionales nacionales):* …………………………

**Artículos técnicos y publicaciones: …………………………………………………….**

Declaro que la información proporcionada es verídica.

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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