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

*Licitación Pública Nacional LPN n.°:* **MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00088.**

*Título de la Licitación:* ***“EQUIPO DE ENDOSCOPIA Y ACCESORIOS PARA EL CENTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES”.***

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-P00088.**

*Título de la Licitación:* **“EQUIPO DE ENDOSCOPIA Y ACCESORIOS PARA EL CENTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES”.**

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-P00088.**

*Título de la Licitación:***“EQUIPO DE ENDOSCOPIA Y ACCESORIOS PARA EL CENTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES”.**

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

Precio de los BIENES:

| **Art.** | **Descripción** | **Unidad** | **Cantidad** | **Precio Unitario** **(IVA incluido)**  | **Precio Total(IVA incluido)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | TORRE DE VIDEO ENDOSCOPIA | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
| 2 | REPROCESADOR DE ENDOSCOPIOS DE USO MEDICO | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
| 3 | GABINETE PARA ALMACENAMIENTO DE INSTRUMENTAL PARA USO MÉDICO | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
| 4 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
|  |  |  |  | **TOTAL** | ***US$*** |

Precio de los SERVICIOS CONEXOS.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.°** **de Art.** | **Descripción de los servicios Conexos**  | **Descripción** | **Cantidad** | **Unidad** | **Precio Unitario** **(IVA incluido)**  | **Precio Total(IVA incluido)** |
| 1 | TORRE DE VIDEO ENDOSCOPIA  | Instalación | 1 | c/u | *US$* | *US$* |
| CapacitaciónPersonal usuario2 jornadas de 4 horasPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | 3 jornadas de 4 horas | c/u | *US$* | *US$* |
| Mantenimiento Preventivo | 3 mantenimiento, una cada año de la garantía. | c/u | *US$* | *US$* |
| 2 | REPROCESADOR DE ENDOSCOPIOS DE USO MEDICO  | Instalación | 1 | c/u | *US$* | *US$* |
| CapacitaciónPersonal usuario2 jornadas de 4 horasPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | 3 jornadas de 4 horas | c/u | *US$* | *US$* |
| Mantenimiento Preventivo | 3 mantenimiento, una cada año de la garantía. | c/u | *US$* | *US$* |
| 3 | GABINETE PARA ALMACENAMIENTO DE INSTRUMENTAL PARA USO MÉDICO  | Instalación | 1 | c/u | *US$* | *US$* |
| Personal usuario1 jornada de 4 horasPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | 2 jornadas de 4 horas | c/u | *US$* | *US$* |
| Mantenimiento Preventivo | 3 mantenimiento, una cada año de la garantía. | c/u | *US$* | *US$* |
| 4 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA  | Instalación | 1 | c/u | *US$* | *US$* |
|  CapacitaciónPersonal usuario2 jornadas de 4 horasPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | 3 jornadas de 4 horas | c/u | *US$* | *US$* |
| Mantenimiento Preventivo | 3 mantenimiento, una cada año de la garantía. | 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.**

| **Artículo** | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** | **ESPECIFICACIONES****TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **60306171** | **TORRE DE VIDEO-ENDOSCOPIA** |  |
| **Tipo de equipo** | **EQUIPO MÉDICO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** |  |
| 1. Equipo de video endoscopia completo, utilizado para la evaluación, examen directo y tratamiento en la especialidad de gastroenterología, permitiendo la visualización de endoscopia digestiva alta: esófago, estómago y duodeno. Compuesta por dos (2) video gastroscopio, un (1) video duodenoscopio, procesador de video, grabador de video y fuente de luz fría, integrados o modulares, pero de funcionamiento conjunto.

**DOS (2) VIDEOGASTROSCOPIOS FLEXIBLE CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:** 1. Campo visual de 140° o mayor.
2. Profundidad de campo de 5-100 mm o rango mayor al solicitado
3. Diámetro de tubo de inserción de 9.9 mm o menor
4. Diámetro de punta distal de 9.2 mm o menor
5. Diámetro de canal de trabajo de 2.8 mm o mayor.
6. Longitud de trabajo igual o mayor a 1030 mm.
7. Deflexión hacia arriba/abajo de 210°/90° o mayor
8. Deflexión derecha/izquierda de 100°/100° o mayor
9. Videoendoscopio completamente sumergible y que permita su esterilización en esterilizador de baja temperatura o en líquidos para realizar desinfección de Alto Nivel (DAN).
10. Válvulas claramente identificadas para control de inyección de aire/agua y succión.
11. Videoendoscopio con sistema de chip CCD o CMOS a color para adquisición de imágenes en alta definición.
12. Resolución con tecnología 4K o Ultra HD (UHD) con 3840 x 2160 píxeles mínimo
13. Botones para control remoto de las funciones del procesador de video.

**UN (1) VIDEODUODENOSCOPIO FLEXIBLE CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:**1. Rango de observación de 5 a 60 mm o rango mayor al solicitado.
2. Dirección de observación 5 grados retrógrados o más de campo de visión lateral.
3. Campo de visión de 100 grados o mayor.
4. Angulación hacia arriba de 120 grados o mayor
5. Angulación hacia debajo de 90 grados o mayor
6. Angulación hacia la izquierda de 90 grados o mayor.
7. Angulación hacia la derecha de 110 grados o mayor.
8. Diámetro de punta distal de 14.0 mm o menor.
9. Diámetro de tubo de inserción de 12.0 mm o menor.
10. Diámetro interior de canal de trabajo de 3.8 mm o mayor
11. Longitud de trabajo de 1200 mm o mayor.
12. Longitud total de 1500 mm o mayor3
13. Videoendoscopio completamente sumergible y que permita su esterilización en esterilizador de baja temperatura o en líquidos para realizar desinfección de Alto Nivel (DAN).
14. Válvulas claramente identificadas para control de inyección de aire/agua y succión.
15. Videoendoscopio con sistema chip CCD o CMOS a color para adquisición de imágenes en alta definición.
16. Resolución con tecnología 4K o Ultra HD (UHD) con 3840 x 2160 píxeles mínimo
17. Botones para control remoto de las funciones del procesador de video.

**PROCESADOR DE VIDEO:**1. Sistema de procesamiento digital de señales de alta definición 4K o ultra HD.
2. Compatible para el procesamiento de señales provenientes del video gastroscopio y duodenoscopio con chip CCD o CMOS a color.
3. Sistema de corrección de nivel de color (Ajuste de tonos)
4. Sistema de documentación e inventario clínico de paciente.
5. Sistema de realce de contraste para diferenciar entre estructuras y tejidos.
6. Sistema de congelamiento de imagen
7. Control de brillo.
8. Control de balance de blancos o equivalente.
9. Salidas: DVI o HD-SDI o HDMI compatible con el tipo de entrada de señal del monitor.
10. Exportación de imágenes a través de conexión de red o USB.
11. Capacidad de grabar imágenes y video de alta resolución, con disco incorporado o externo para almacenamiento mínimo de 3TB.
12. Formato de exportación MP4 o similar. En caso que el formato de exportación sea exclusivo del fabricante, incluir el software para lectura en un ordenador.
13. Compatible con grabador de video grado médico para conexión a futuro con PACS/RIS/HIS

**FUENTE DE LUZ FRÍA MODULAR O INTEGRADA AL ENDOSCOPIO:** 1. Lámpara de tecnología LED o Xenón
2. Con control de intensidad de iluminación automático y manual
3. Fibra óptica compatible con sistema de fuente de luz y sus accesorios para cada endoscopio

**MONITOR GRADO MÉDICO:**1. Monitor LCD, TFT o LED de 27” mínimo
2. Resolución 4k o ultra HD compatible con cámara endoscópica de al menos 3840 x 2160 pixeles
3. Entradas de video digitales: DVI, HD-DVI, SDI, HD-SDI o HDMI, compatible con la salida de señal de video del procesador de imágenes.
 | **MARCA:****MODELO:****PAIS DE ORIGEN:****MARCA:** **MODELO:** **PAIS DE ORIGEN:****MARCA:** **MODELO:****PAIS DE ORIGEN:****MARCA:****MODELO:****PAIS DE ORIGEN:****MARCA:****MODELO:****PAIS DE ORIGEN:** |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS** |  |
| 1. Seis (6) pinzas para biopsia.
2. Tres (3) escobillas de limpieza de canal de biopsia
3. Dos (2) lámparas de recambio para fuente de luz fría, en caso de que la vida útil de la lámpara sea menor a 1,000 horas.
4. Cien (100) cubiertas de punta distal para video duodenoscopio
5. Un (1) probador de estanqueidad (test de fugas).
6. Tres (3) válvulas de canal de aire/agua.
7. Tres (3) válvulas de canal de vacío.
8. Tres (3) kit de accesorios de limpieza y desinfección, incluyendo adaptadores para reprocesamiento manual (si aplica).
9. Dos (2) botellas contenedoras de agua (si aplica).
10. Cuatro (4) boquillas protectoras con sujetador elástico.
11. Tres (3) maletas para resguardo de los endoscopios.
12. Un (1) carro original de fábrica para torre del videoendoscopio, tipo mueble con repisas y entrepaños suficientes para la colocación segura de los módulos y accesorios solicitados. Con sistema de frenos.
13. Con soporte especial para ambos endoscopios.
14. Sistema de ajuste para el monitor.
15. Un teclado alfanumérico que permita la programación del procesador por torre (si aplica)
16. Una (1) bomba de aspiración para secreciones compatible con el equipo con capacidad. ajustable entre (50-600) mmHg o rango superior, con dos frascos resistentes a los impactos.
17. Un (1) UPS true-online de doble conversión con capacidad de respaldo de al menos 15 minutos para protección de todo el sistema.
18. Incluir el volumen necesario de material desinfectante recomendado por el fabricante para la desinfección de alto nivel de al menos 600 procesos de desinfección de los endoscopios (si aplica).
19. Agregar cualquier instrumento o accesorio necesario para el uso adecuado de los insumos e instrumentos solicitado.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Energía eléctrica Voltaje: 120VAC, Frecuencia: 60 Hz, 1 Fase
2. Todos los componentes externos deben estar montados de manera segura.
3. Equipo auto soportado, con montaje en carro con ruedas para facilitar su traslado, y sistema de freno.
 |  |
| **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON LA OFERTA** |  |
| 1. 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 que se pueda validar.
2. 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.
3. 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>
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485, o equivalente
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir con cualquiera de las siguientes normas de seguridad eléctrica o equivalentes: IEC/UL/EN 60601 o equivalente.
 |  |
| **CARTAS COMPROMISO A ENTREGAR CON LA OFERTA.**  |  |
| 1. Por el listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Compromiso de garantía por el período solicitado.
3. Que los bienes a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados.
4. De no obsolescencia del modelo a ofertar por al menos un periodo de cinco (5) años
5. Compromiso por escrito del suministrarte que asegure la disponibilidad de repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
 |  |
| **CAPACITACIÓN (PRESENTAR CARTAS DE COMPROMISO)** |  |
| El programa de capacitaciones deberá estar autorizado por el Administrador de Contrato, y avalado por el jefe del servicio.Deberá Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.**Para personal Usuario:** 1. Se proporcionarán capacitaciones, dentro de las instalaciones del CENT **en dos 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 Administrador de contrato.

**Para personal de Mantenimiento:** 1. Se proporcionarán capacitaciones dentro de las instalaciones del CENT, **en una jornada de 4 horas**, las cuales deben 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.
 |  |
| **TIEMPO DE ENTREGA** |  |
| 1. Tiempo de entrega de **150 días** calendario posterior a la **distribución de contrato**.
 |  |
| **GARANTÍA** |  |
| 1. El período de la garantía requerido es de **tres (3) años**, para todo el equipo contra desperfectos de fábrica a partir de la puesta en funcionamiento a satisfacción del administrador de contrato designado del bien y deberá constar en el acta de recepción.
2. Esta garantía deberá incluir atender llamados de reporte de falla emergente o por desperfectos de fábrica, en un período no mayor a 24 horas, (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato.
3. Dichas reparaciones no pueden durar un plazo mayor a quince días calendario, y deben incluir todos los repuestos, materiales y mano de obra necesarios para dejar el equipo en condiciones óptimas de funcionamiento.
4. En los casos que la empresa compruebe que requiere un tiempo mayor para una reparación, al plazo acordado, deberá notificar este hecho al Administrador de Contrato, si no puede ser reparado o pasa más de sesenta días continuos fuera de servicio el o los equipos, deberán ser sustituidos por uno de iguales o mejores características a las ofertadas sin costo alguno para la institución.

**Mantenimiento Preventivo**1. Incluye al menos 3 visitas durante el periodo de garantía, en los cuales se verificará como mínimo: el funcionamiento de los equipos, las condiciones de operación en que se encuentra y realización rutinas de limpieza, calibración u otros indicados por fabrica para prevenir fallas a futuro.
 |  |
| **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, con una experiencia mínima de 2 años en el mantenimiento de los equipos similares a los ofertados.
 |  |
| **CONDICIONES DE RECEPCIÓN Y/O INSTALACIÓN** |  |
| 1. Instalación: La empresa adjudicada deberá realizar el montaje y armado del equipo, y puesta en marcha del equipo en el lugar donde será utilizado. Verificando toda la preinstalación necesaria para su correcto funcionamiento.
2. Ubicación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CANTIDAD | UBICACIÓN  | AMBIENTE |
| 1 | PRUEBAS FUNCIONALES ENDOSCOPIA | CONSULTA EXTERNA |

Ver el apartado de Inspecciones de Pruebas,1. Presentar copia simple de uno de los siguientes documentos: Registro Sanitario Vigente, Constancia de No Registro o Permiso especial de importación otorgado por la SRS.
 |  |

| **Artículo**  | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** | **ESPECIFICACIONES****TÉCNICAS OFERTADAS** |
| --- | --- | --- | --- |
| **2** | **60311115** | **REPROCESADOR DE** **ENDOSCOPIOS DE USO MÉDICO** |  |
| **Tipo de equipo** | **EQUIPO MÉDICO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** |  |
| 1. Equipo para el procesamiento, lavado y desinfección de todo tipo y marcas de endoscopios flexibles
2. Capaz de reprocesar dos endoscopios a la vez, de preferencia.
3. Fabricado en acero inoxidable o material de similar característica, de preferencia con puerta de vidrio templado.
4. Panel de control digital con funciones de encendido/apagado, visualización de parámetros programados, estado del ciclo, mensajes de error en caso de falla.
5. Control programable de al menos los siguientes parámetros: Selección de detergente, Temperatura de desinfección y Tiempo de lavado
6. Con al menos tres programas prefijados de desinfección.
7. Con ciclo de auto desinfección
8. Con ciclos de lavado y enjuague como mínimo
9. Temperatura de desinfección rango aproximado entre 85°C y 93°C
10. Lavado con alcohol y detergente germicida.
11. Secado con aire del canal endoscópico de forma semiautomática
12. Drenaje automatizado.
13. Con sistema de bombeo de para el detergente.
14. Dosificación de agentes desinfectantes.
15. Capacidad de cada tina 10 L aproximadamente
16. Con sistema de alarma de fallo y sensor de nivel
17. Con conectores individuales para los canales
18. Flujo de aire continuo y regulado para los canales del endoscopio, con sistema de seguridad de sobrepresión (válvula de alivio).
19. Sistema a prueba de fugas, con sellado que evite los vapores germicidas escapen.
20. Sistema de seguridad que impida la apertura de la puerta cuando el equipo esté en funcionamiento
21. Debe incluir todos los componentes y elementos necesarios para el completo funcionamiento del equipo a su máxima capacidad, como válvulas bombas o calentadores de agua.
22. En caso de utilizar válvulas o componentes neumáticos deberá suministrar el correspondiente compresor.
23. Sistema de tratamiento de agua, por medio de pre filtrado, suavizado y/o agua osmotizada (De acuerdo a recomendación de fábrica puede ser uno o más de estos componentes), con la capacidad para abastecer el equipo. Se debe contemplar la redundancia del sistema de tratamiento de agua (considerar la duplicidad de todos los elementos) y la independencia del suministro de agua potable del suministro principal (considerar sistema neumático de respaldo, en caso de aplicar).
24. Incluir en la oferta cualquier elemento, dispositivo o accesorio que sea indispensable para el uso destinado del equipo, aun cuando no se indique explícitamente en estas especificaciones, y deberá estar incluido en la oferta y entregarse junto con el equipo especialmente en lo que respecta a dispositivos de control, de seguridad, de funcionamiento tales como: extractores de aire, caja eléctrica tipo NEMA, adaptadores para la caja de drenajes, válvulas para agua fría, trampa de agua para la conexión de agua caliente, válvula check, etc. De acuerdo a recomendación de fábrica.
 | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS** |  |
| 1. Bomba para desinfectante y/o germicida
2. Compresor de aire interno (en caso de requerirlo)
3. Al menos Dos (2) canastas de acero inoxidable para colocación de endoscopios.
4. Juego de filtros de agua, aire de reemplazo, en caso de requerirlo el equipo.
5. Juego de conexiones para los canales de los endoscopios (Compatibles con marcas comunes, a elegir entre: OLYMPUS, WOLF, PENTAX, KARL STORZ)
6. Incluir volumen de detergente, y/o químicos de enjuague y desinfección que requiera el equipo, para realizar al menos 600 ciclos.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Energía eléctrica: Voltaje: 120/208 VAC Frecuencia: 60 Hz Fases 1 ó 3
2. Todos los componentes deben estar montados de manera segura, con las preinstalaciones de los equipos auxiliares necesarios.
 |  |
| **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON LA OFERTA** |  |
| 1. 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 que se pueda validar.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485 o equivalente
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir con cualquiera de las siguientes normas de seguridad o equivalentes: IEC/UL/EN 60601 o equivalente.
 |  |
| **CARTAS COMPROMISO A ENTREGAR CON LA OFERTA** |  |
| 1. Por el listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Compromiso de garantía por el período solicitado.
3. Que los bienes a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados.
4. De no obsolescencia del modelo a ofertar por al menos un periodo de cinco (5) años.
5. Compromiso por escrito del suministrarte que asegure la disponibilidad de repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| El programa de capacitaciones deberá estar autorizado por el Administrador de Contrato, y avalado por el jefe del servicio.Deberá Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas**Para personal Usuario:** 1. Se proporcionarán capacitaciones dentro de las instalaciones del CENT **en dos 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 Administrador de contrato

**Para personal de Mantenimiento:** 1. Se proporcionarán capacitaciones dentro de las instalaciones del CENT, **en una jornada de 4 horas**, las cuales deben 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.
 |  |
| **TIEMPO DE ENTREGA** |  |
| 1. Tiempo de entrega de **150 días** calendario posterior a la **distribución de contrato.**
 |  |
| **GARANTÍA** |  |
| 1. El período de la garantía requerido es de **tres (3) años**, para todo el equipo contra desperfectos de fábrica a partir de la puesta en funcionamiento a satisfacción del administrador de contrato designado del bien y deberá constar en el acta de recepción.
2. Esta garantía deberá incluir atender llamados de reporte de falla emergente o por desperfectos de fábrica, en un período no mayor a 24 horas, (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato.
3. Dichas reparaciones no pueden durar un plazo mayor a quince días calendario, y deben incluir todos los repuestos, materiales y mano de obra necesarios para dejar el equipo en condiciones óptimas de funcionamiento.
4. En los casos que la empresa compruebe que requiere un tiempo mayor para una reparación, al plazo acordado, deberá notificar este hecho al Administrador de Contrato, si no puede ser reparado o pasa más de sesenta días continuos fuera de servicio el o los equipos, deberán ser sustituidos por uno de iguales o mejores características a las ofertadas sin costo alguno para la institución.

**Mantenimiento Preventivo**1. Incluye al menos 3 visitas durante el periodo de garantía, en los cuales se verificará como mínimo: el funcionamiento de los equipos, las condiciones de operación en que se encuentra y realización rutinas de limpieza, calibración u otros indicados por fabrica para prevenir fallas a futuro.
 |  |
| **SOPORTE TÉCNICO** |  |
| 1. Deberá estar en capacidad de atender llamadas en un periodo no mayor de 24 horas (incluye fin de semana y festivo), 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, con una experiencia mínima de 2 años en el mantenimiento de los equipos similares a los ofertados.
 |  |
| **CONDICIONES DE RECEPCIÓN Y/O INSTALACIÓN** |  |
| 1. Instalación: La empresa adjudicada deberá realizar el montaje, la instalación eléctrica, capacitación del personal y puesta en marcha del equipo, verificando toda la preinstalación necesaria para su correcta instalación en el lugar donde será utilizado.
2. Ubicación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CANTIDAD | UBICACIÓN  | AMBIENTE |
| 1 | PRUEBAS FUNCIONALES ENDOSCOPIA | CONSULTA EXTERNA |

1. El Proveedor deberá realizar los montajes de los equipos, para lo que deberá incluir todas aquellas intervenciones menores de obras civiles, mecánicas y/o eléctricas recomendadas por el fabricante, incluyendo los materiales y accesorios necesarios para la instalación de los periféricos (cuando aplique)
2. Todas las actividades requeridas para la instalación del equipo se realizarán bajo supervisión por parte del jefe de mantenimiento y/o administrador de contrato o la persona que este delegue para tal fin, entrega de una copia del manual de instalación del equipo al iniciar las obras de instalación.
3. Realizará todo lo necesario para dejar los equipos funcionando a satisfacción del administrador de contrato.
4. Para la instalación del sistema de tratamiento de agua y cualquier periférico adicional, se deberá considerar la conexión y protección eléctrica, la conexión con suministro agua potable y drenaje. El espacio físico disponible se determinará en la visita a realizar una vez sea emitida la orden de inicio de acuerdo a las condiciones del contrato.
5. Presentar copia simple de uno de los siguientes documentos: Registro Sanitario Vigente, Constancia de No Registro o Permiso especial de importación otorgado por la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS).
 |  |

| **Artículo** | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** | **62504291** | **GABINETE PARA****ALMACENAMIENTO DE** **INSTRUMENTAL PARA USO****MÉDICO** | **ESPECIFICACIONES** **TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **Tipo de equipo** | **EQUIPO MÉDICO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** |  |
| 1. Gabinete de secado para endoscopios.
2. Equipo con puerta vertical, transparente de vidrio templado.
3. Capacidad de secado y almacenamiento para 6 endoscopios o más.
4. Cuerpo principal de acero inoxidable.
5. Almacenamiento de los endoscopios de forma vertical (tipo colgador).
6. Sistema de sujeción seguro para endoscopios dentro del gabinete, que permita el proceso de secado y almacenamiento de los equipos.
7. Cestas de acero o material resistente, conectores rápidos en versión compatible con el sistema de conexión al endoscopio de los equipos existentes.
8. Sistema compresor de flujo de aire integrado en el equipo.
9. Flujo de aire continuo y regulado para los canales del endoscopio, con sistema de seguridad de sobrepresión (válvula de alivio).
10. Presión máxima para el canal del endoscopio de 25 PSI
11. Aire para secado con filtro HEPA 99.7% partículas de hasta 0.3 micras, o mayor eficiencia.
12. Sistema de eliminación de patógenos con iluminación UV que incluya la lámpara
13. Al menos 72 horas, de almacenamiento estéril en el gabinete mínimo.
14. Pantalla digital LCD para visualización de proceso, programa y/o funcionamiento
15. Software para el control. Mediante el software es posible controlar el estado de secado de cada endoscopio y los parámetros esenciales del ciclo de secado (Calor, humedad y tiempo).
16. Al menos tres programas pre-configurados
17. Impresora térmica incorporada
18. Debe incluir todos los componentes y elementos necesarios para el completo funcionamiento del equipo a su máxima capacidad
 | **MARCA:****MODELO:****PAÍS DE ORIGEN:** |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS** |  |
| 1. Un Filtro HEPA de repuesto de igual eficiencia que el incluido con el equipo.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Energía eléctrica: Voltaje: 120/208 VAC Frecuencia: 60 Hz Fases 1
2. Todos los componentes externos deben estar montados de manera segura.
 |  |
| **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON LA OFERTA** |  |
| 1. 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 que se pueda validar
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
 |  |
| **CARTAS COMPROMISO A ENTREGAR CON LA OFERTA** |  |
| 1. Por el listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Compromiso de garantía por el período solicitado.
3. Que los bienes a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados.
4. De no obsolescencia del modelo a ofertar por al menos un periodo de cinco (5) años.
5. Compromiso por escrito del suministrarte que asegure la disponibilidad de repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| El programa de capacitaciones debe estar autorizado por el Administrador de Contrato.Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.**Para personal Usuario:** 1. Se proporcionarán capacitaciones, dentro de las instalaciones del CENT **en una (1) jornada 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 Administrador de contrato.

**Para personal de Mantenimiento:** 1. Se proporcionarán capacitaciones dentro de las instalaciones del CENT, **en una jornada de 4 horas**, las cuales deben 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
 |  |
| **TIEMPO DE ENTREGA** |  |
| 1. Tiempo de entrega de **150 días** calendario posterior a la **distribución de contrato.**
 |  |
| **GARANTÍA** |  |
| 1. El período de la garantía requerido es de **tres (3) años**, para todo el equipo contra desperfectos de fábrica a partir de la puesta en funcionamiento a satisfacción del administrador de contrato designado del bien y deberá constar en el acta de recepción.
2. Esta garantía deberá incluir atender llamados de reporte de falla emergentes o por desperfectos de fábrica, en un período no mayor a 24 horas, (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato.
3. Dichas reparaciones no pueden durar un plazo mayor a quince días calendario, y deben incluir todos los repuestos, materiales y mano de obra necesarios para dejar el equipo en condiciones óptimas de funcionamiento.
4. En los casos que la empresa compruebe que requiere un tiempo mayor para una reparación, al plazo acordado, deberá notificar este hecho al Administrador de Contrato, si no puede ser reparado o pasa más de sesenta días continuos fuera de servicio el o los equipos, deberán ser sustituidos por uno de iguales o mejores características a las ofertadas sin costo alguno para la institución.

**Mantenimiento Preventivo**1. Incluye al menos 3 visitas durante el periodo de garantía, en los cuales se verificará como mínimo: el funcionamiento de los equipos, las condiciones de operación en que se encuentra y realización rutinas de limpieza, calibración u otros indicados por fábrica para prevenir fallas a futuro.
 |  |
| **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, con una experiencia mínima de 2 años en el mantenimiento de los equipos similares a los ofertados.
 |  |
| **CONDICIONES DE RECEPCIÓN Y/O INSTALACIÓN** |  |
| 1. Instalación: La empresa adjudicada deberá realizar el montaje, la instalación eléctrica, capacitación del personal y puesta en marcha del equipo, verificando toda la preinstalación necesaria para su correcta instalación en el lugar donde será utilizado.
2. Ubicación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CANTIDAD | UBICACIÓN  | AMBIENTE |
| 1 | PRUEBAS FUNCIONALES ENDOSCOPIA | CONSULTA EXTERNA |

 |  |

| **Artículo** | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4** | **60302254** | **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA** **CON COAGULACIÓN POR ARGÓN****PLASMA** | **ESPECIFICACIONES** **TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **Tipo de equipo** | **EQUIPO MÉDICO** |  |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** |  |
| 1. Equipo de Electrocirugía con Argón, para la Coagulación en Endoscópica Terapéutica.
2. Unidad compuesta por sistema de electrocirugía, sistema de coagulación de argón y bomba de irrigación para endoscopia, integrados o modulares, pero de funcionamiento conjunto.
3. Activación mediante interruptor manual (electrodo) y pedal.
4. Pedal de funcionamiento, de preferencia inalámbrico.
5. Panel de visualización de parámetros con pantalla LCD, TFT, LED a color, o táctil donde se observe los modos de electrocirugía, valores de potencia, flujo de gas y estado actual del tanque de gas (indicador de volumen o presión como mínimo).
6. Indicadores visuales y audibles en cada modo de operación
7. Sistema de autodiagnóstico o prueba de funcionamiento.

**ELECTROCIRUGÍA** 1. Frecuencia aproximada de operación entre 300 a 600 kHz
2. Modos de operación: monopolar y bipolar.
3. Circuito de protección para monitorear la calidad de contacto del electrodo de retorno.
4. Salidas al menos: una salida monopolar, una salida bipolar, una salida para electrodo neutro.
5. Modos mínimos de energía de trabajo:
	1. Monopolar: Corte Puro (CUT), Corte Mezclado (BLEND), Coagulación (SPRAY), Coagulación por fulguración (FULGURACION),
	2. Bipolar: Corte puro, Coagulación
6. Potencia máxima de salida Monopolar:
	1. Corte puro CUT) al menos: 300 Watts – 300 Ω. O equivalente
	2. Corte con coagulación (BLEND) al menos: 200 Watts– 300 Ω o equivalente
	3. Coagulación (SPRAY) al menos: 100 Watts– 1000 Ω o equivalente
	4. Coagulación (FULGURACION) al menos: 100 Watts– 500 Ω o equivalente.
7. Potencia máxima de salida Bipolar:
	1. Corte bipolar puro (PURE) al menos: 120 watts – 50 Ω. O equivalente.
	2. Corte con coagulación al menos: 200 Watts– 50 Ω o equivalente.
	3. Coagulación bipolar (COAG) al menos: 95 Watts – 50 Ω o equivalente.
8. Potencia de Coagulación Monopolar de Argón Spray, al menos: 100 Watts– 1000 Ω o equivalente.

**COAGULADOR DE ARGÓN**1. Control de flujo de gas en el panel del equipo.
2. Rango de flujo de gas: (0.2 hasta 8) litros/min o rango superior.
3. Una salida para gas argón.

**BOMBA DE IRRIGACIÓN PARA ENDOSCOPIA**1. Capacidad de irrigar el fluido a través del instrumento o de los canales de agua auxiliares de los endoscopios, lo que permite el lavado de la mucosa gástrica durante los procedimientos.
2. Flujo máximo: En canal de trabajo de 750 ml/min o mayor.
3. Flujo máximo: Canal auxiliar de 200 ml/min o mayor.
4. Accionamiento por pedal, de preferencia.
 | **MARCA:** **MODELO:****PAÍS DE ORIGEN**: |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS** |  |
| 1. Un (1) carro para colocar el equipo y sus accesorios, original de fábrica.
2. Un (1) tanque de gas argón de volumen de al menos 60 pies cúbicos con válvula de reducción de presión y sensor.
3. Una (1) Mangueras de baja presión para conexión entre reductor de presión del cilindro y entrada del equipo.
4. Un (1) pedal dos en uno, para funciones monopolar y bipolar, o en su efecto uno para Monopolar y otro para Bipolar.
5. Un (1) pedal para accionamiento de bomba de irrigación.
6. Treinta (30) sondas flexibles para coagulación argón plasma (PAC), aplicación axial, lateral o radial, de diámetro entre (1.5 - 2.8) mm. Compatible con el equipo.
7. Un (1) cable de conexión de sondas flexibles para argón plasma (Cuando aplique)
8. Un (1) Electrodo Neutro reusable de goma o Cincuenta (50) electrodos neutros descartables, para adulto.
9. Dos (2) cables reusables conector a electrodos neutros de 3 m de largo como mínimo.
10. Dos (2) Cables activos para accesorios de endoscopia, bipolar.
11. Un (1) contenedor de agua para el irrigador de al menos 2 litros. (Cuando aplique)
12. Cien (100) tubos y adaptadores desechables para irrigación de canal de trabajo y/o irrigación.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Energía eléctrica Voltaje: 120VAC Frecuencia: 60 Hz, 1 Fase
2. Equipo auto soportado, con montaje en carro para facilitar su traslado, con sistema de freno.
 |  |
| **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON LA OFERTA** |  |
| 1. 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 que se pueda validar.
2. 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.
3. 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>.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie EN60601 o equivalente.
 |  |
| **CARTAS COMPROMISO A ENTREGAR CON LA OFERTA** |  |
| 1. Por el listado de accesorios a incluir por equipo.
2. Compromiso de garantía por el período solicitado.
3. Que los bienes a suministrar deberán ser totalmente nuevos con un tiempo de fabricación no mayor a 12 meses y de tecnología reciente, no reconstruidos o modificados.
4. De no obsolescencia del modelo a ofertar por al menos un periodo de cinco (5) años.
5. Compromiso por escrito del suministrarte que asegure la disponibilidad de repuestos para los bienes y/o equipos por un período mínimo de cinco (5) años.
 |  |
| **CAPACITACIÓN (PRESENTAR CARTAS DE COMPROMISO)** |  |
| El programa de capacitaciones deberá estar autorizado por el Administrador de Contrato, y avalado por el jefe del servicio.Deberá Incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas.**Para personal Usuario:**1. Se proporcionarán capacitaciones, dentro de las instalaciones del CENT **en dos 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 Administrador de contratoP

**Para personal de Mantenimiento:** 1. Se proporcionarán capacitaciones dentro de las instalaciones del CENT, **en una jornada de 4 horas**, las cuales deben 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.
 |  |
| **TIEMPO DE ENTREGA** |  |
| 1. Tiempo de entrega de **150 días calendario** posterior a la distribución de contrato.
 |  |
| **GARANTÍA** |  |
| 1. El período de la garantía requerido es de **tres (3) años**, para todo el equipo contra desperfectos de fábrica a partir de la puesta en funcionamiento a satisfacción del administrador de contrato designado del bien y deberá constar en el acta de recepción.
2. Esta garantía deberá incluir atender llamados de reporte de falla emergente o por desperfectos de fábrica, en un período no mayor a 24 horas, (incluye fin de semana y festivo), a partir de la comunicación escrita realizada por el encargado del seguimiento y ejecución de contrato.
3. Dichas reparaciones no pueden durar un plazo mayor a quince días calendario, y deben incluir todos los repuestos, materiales y mano de obra necesarios para dejar el equipo en condiciones óptimas de funcionamiento.
4. En los casos que la empresa compruebe que requiere un tiempo mayor para una reparación, al plazo acordado, deberá notificar este hecho al Administrador de Contrato, si no puede ser reparado o pasa más de sesenta días continuos fuera de servicio el o los equipos, deberán ser sustituidos por uno de iguales o mejores características a las ofertadas sin costo alguno para la institución.

**Mantenimiento Preventivo**1. Incluye al menos 3 visitas durante el periodo de garantía, en los cuales se verificará como mínimo: el funcionamiento de los equipos, las condiciones de operación en que se encuentra y realización rutinas de limpieza, calibración u otros indicados por fábrica para prevenir fallas a futuro
 |  |
| **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, con una experiencia mínima de 2 años en el mantenimiento de los equipos similares a los ofertados.
 |  |
| **CONDICIONES DE RECEPCIÓN Y/O INSTALACIÓN** |  |
| 1. Instalación: La empresa adjudicada deberá realizar el montaje y/o armado del equipo, capacitación del personal y puesta en marcha del equipo en el lugar donde será utilizado.
2. Ubicación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CANTIDAD | UBICACIÓN  | AMBIENTE |
| 1 | PRUEBAS FUNCIONALES ENDOSCOPIA | CONSULTA EXTERNA |

1. Realizará todo lo necesario para dejar los equipos funcionando a satisfacción del administrador de contrato.
2. Presentar copia simple de uno de los siguientes documentos: Registro Sanitario Vigente, Constancia de No Registro o Permiso especial de importación otorgado por la SRS.
 |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

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

 **“MINSAL-LPN-B-ES-L1160-P00088.**

**“EQUIPO DE ENDOSCOPIA Y ACCESORIOS PARA EL CENTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES”**

| **n.° de Art.** | **Descripción de los Bienes** | **Cantidad** | **Lugar de destino convenido**  | **Fecha de Entrega**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente *[a ser proporcionada por el Oferente]*** |
| 1 | TORRE DE VIDEO ENDOSCOPIA | 1 | Almacén El Paraíso | 120 *días calendarios a partir de la distribución del contrato.* | *150 días calendarios a partir de la distribución del contrato.* | *[indicar el número de días de entrega de los suministros ofertados]* |
| 2 | REPROCESADOR DE ENDOSCOPIOS DE USO MEDICO | 1 |
| 3 | GABINETE PARA ALMACENAMIENTO DE INSTRUMENTAL PARA USO MÉDICO | 1 |
| 4 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA | 1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.°** **de Art.** | **Descripción de los Servicios Conexos**  | **Cantidad** | **Unidad** | **Lugar de prestación del servicio** | **Fecha de Entrega**  |
| **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización***[indicar el número de días de después de la recepción de equipo)* | **Plazo de Ejecución***[indicar el plazo ofertado para prestar el servicio]* |
| 1 | TORRE DE VIDEO ENDOSCOPIA | 1 instalación | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. |  |  |
| CapacitaciónPersonal usuario2 jornadas de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| CapacitaciónPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| Mantenimiento Preventivo | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| 2 | REPROCESADOR DE ENDOSCOPIOS DE USO MEDICO | 1 instalación | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. |  |   |
| CapacitaciónPersonal usuario2 jornadas de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| CapacitaciónPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| 3-Mantenimiento Preventivo | c/u |
| 3 | GABINETE PARA ALMACENAMIENTO DE INSTRUMENTAL PARA USO MÉDICO | 1 instalación | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. |  |   |
| CapacitaciónPersonal usuario1 jornada de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| CapacitaciónPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| 3-Mantenimiento Preventivo | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| 4 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA CON COAGULACIÓN POR ARGÓN PLASMA | 1 instalación | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. |  |  |
| CapacitaciónPersonal usuario2 jornadas de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| CapacitaciónPersonal de mantenimiento1 jornada de 4 horas | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |
| 3-Mantenimiento Preventivo | c/u | Centro de Enfermedades No Transmisibles -CENT |  |  |

 **[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-P00088.**

*Título de la Licitación:***“EQUIPO DE ENDOSCOPIA Y ACCESORIOS PARA EL CENTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES”**

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-P00088.**

*Título de la Licitación:* ***“EQUIPO DE ENDOSCOPIA Y ACCESORIOS PARA EL CENTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES”.***

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 2021, 2022 y 2023, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_