

**MINISTERIO DE SALUD**

**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



**MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD COORDINADORA DE PROYECTOS  
PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD, PRIDES  
CONTRATO DE PRESTAMO No. 2347/OC-ES**

**COMPARACIÓN DE PRECIOS**

**No. CP-B-PRIDES-MINSAL/101  
“Adquisición de mascarillas para atención  
de Emergencias”**

**SAN SALVADOR, ENERO DE 2014**

**MINISTERIO DE SALUD**  
**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



**CONTENIDO**

- SECCION 1. INVITACIÓN**
  - SECCION 2. INSTRUCCIONES PARA LOS OFERENTES**
  - SECCION 3. LISTA DE BIENES Y SERVICIOS. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**
  - SECCION 4. FORMULARIOS DE OFERTA**
- 
- ANEXO 1. LISTA DE PAÍSES MIEMBROS DEL BID**
  - ANEXO 2. FORMATO DE CONTRATO**

**MINISTERIO DE SALUD**  
**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



**SECCIÓN 1.**  
**CARTA DE INVITACIÓN**

**PROCESO POR COMPARACION DE PRECIOS No. CP-B-PRIDES-MINSAL/101**

**Fecha: 24 de enero del 2014**

**Empresa:**  
**Dirección:**  
**Contacto:**  
**Teléfono:**

**Ref** Contrato de préstamo BID No. 2347/OC-ES.  
Programa Integrado de Salud. Invitación al proceso de Comparación de Precios para la **“Adquisición de mascarillas para atención de Emergencias”**

**Estimados Señores**

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha recibido del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), un préstamo, para financiar parcialmente el costo del Programa Integrado de Salud, para lo cual el MINSAL propone utilizar parte de estos fondos para efectuar pagos de gastos elegibles en virtud del contrato para el cual se emite esta Invitación.

En este sentido, conociendo los antecedentes de su empresa, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), tiene el agrado de invitarle mediante un concurso por Comparación de Precios, para la **“Adquisición de mascarillas para atención de emergencias”**, bajo las especificaciones técnicas que se encuentran detalladas en los documentos adjuntos.

La adquisición se sujetará a las disposiciones del contrato de préstamo entre el MINSAL y el BID, por lo cual se hace necesario que los bienes ofertados sean originarios de [los países miembros del BID](#), cuya lista se adjunta.

Las condiciones generales de este proceso son las siguientes:

1. El valor referencial estimado para la adquisición de los bienes y servicios conexos es de US **\$54,000.00**, Las ofertas se presentarán en US Dólares y los pagos se efectuarán en la misma moneda.
2. La provisión de los bienes o servicios será contratada con cargo a los recursos del Programa arriba señalado.
3. El precio de la oferta deberá cubrir el valor de los bienes y servicios conexos y todo lo necesario para la provisión de los mismos a plena satisfacción de la

## MINISTERIO DE SALUD

### PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)



4. Entidad en: Almacén Calle Arce No 827 San Salvador
5. El pago se realizará en Dólares de Estados Unidos de Norte América, a más tardar 30 días después de presentada la factura y acta de recepción u otro documento que se establezca en el Contrato u Orden de Compra que se suscriba.
6. Los oferentes deberán presentar ofertas por la totalidad de los bienes requeridos y la adjudicación se realizará por la totalidad de los bienes.
7. Ningún Oferente podrá presentar más de una oferta para un mismo bien o servicio (*salvo que se permitan presentar ofertas alternativas; en cuyo caso deberá establecerse en este Documento la forma en que se evaluará cada tipo de propuesta*).
8. No Se podrán presentar ofertas alternativas.
9. Las ofertas deberán tener un período de validez no menor a treinta (30) días, a partir de la fecha límite de presentación.
10. Presentar su oferta a nombre de: UACI/MINSAL. PRIDES BID No. 2347/OC-ES. **“Adquisición de mascarillas para atención de emergencias”**, mediante carta firmada y sellada, entregar en las oficinas de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), Ministerio de Salud, Calle Arce #827, San Salvador, El Salvador Se solicita presentar su oferta a más tardar el día miércoles 29 de enero del 2014, hasta las quince horas.
11. La UACI/MINSAL podrá dejar sin efecto el proceso, de así convenir a los intereses institucionales.

Los resultados del presente proceso serán comunicados a cada uno de los participantes.

Atentamente,

Licda. Judith Elizabeth Ramírez Franco  
Jefa de Unidad de Adquisiciones  
y Contrataciones Institucional



## **SECCIÓN 2.**

### **INSTRUCCIONES PARA LOS OFERENTES**

#### **1. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN**

Este proceso tiene como propósito contratar la venta real y efectiva del **“Adquisición de mascarillas para atención de emergencias”**

#### **2. FRAUDE Y CORRUPCIÓN**

El BID exige que los prestatarios (incluyendo los beneficiarios de una donación y la Entidad Contratante), así como los Oferentes, contratistas y consultores que participen en proyectos con financiamiento del Banco, observen los más altos niveles éticos, ya sea durante el proceso de licitación, de concursos o de ejecución de un contrato. Las acciones de prácticas corruptivas de Soborno, Extorsión, Fraude y Colusión no son admisibles, por lo que el Banco actuará frente a cualquier hecho similar o reclamación que se considere corrupto, conforme al procedimiento administrativo establecido, procediendo a :

- a. Rechazar cualquier propuesta de adjudicación relacionada con el proceso de adquisición o contratación de que se trate; y/o
- b. declarar a una firma y/o al personal de ésta directamente involucrado en las prácticas corruptivas, no elegibles para ser adjudicatarios o ser contratados en el futuro con motivo de un financiamiento del Banco. La inhabilitación que establezca el Banco podrá ser temporal o permanente; y/o
- c. cancelar y/o acelerar el repago de la porción del préstamo destinado a un contrato, cuando exista evidencia que representantes del Prestatario o de un Beneficiario del préstamo o donación han incurrido en prácticas corruptivas, sin que el Prestatario o Beneficiario haya tomado las acciones adecuadas para corregir esta situación, en un plazo razonable para el Banco y de conformidad con las garantías de debido proceso establecidas en la legislación del país prestatario.

El Oferente se compromete a denunciar cualquier acto relacionado con fraude y corrupción que fuere de su conocimiento durante el desarrollo de este proceso.

#### **3. PRECIO DE LA OFERTA**

El precio de la oferta deberá cubrir el valor de los bienes o servicios

## MINISTERIO DE SALUD



### PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)

y la entrega, así como los costos directos e indirectos, impuestos, tasas, contribuciones y servicios; es decir, absolutamente todo lo necesario para entregar los bienes y servicios conexos a plena satisfacción del MINSAL.

Las propuestas pueden ser presentadas por Ítem o lote, según el caso y la adjudicación se realizará en igual forma.

#### 4. PLAZO DE ENTREGA

La entidad requiere la entrega de los bienes en un plazo máximo de: **Entrega inmediata**, una vez distribuido el Contrato u Orden de Compra.

#### 5. PERÍODO DE VALIDEZ DE LA OFERTA

Las ofertas deberán tener un período de validez no menor de treinta (30) días a partir de la fecha límite de presentación.

#### 6. PRESENTACIÓN Y CONTENIDO DE LA OFERTA

Los documentos deben presentarse en forma clara y completa, foliados y rubricados, sin enmiendas o borrones.

Debe presentar su oferta a nombre de: UACI/MINSAL. PRIDES BID No. 2347/OC-ES, **No. CP-B-PRIDES-MINSAL/101, "Adquisición de mascarillas para atención de emergencias"**, mediante carta firmada y sellada, entregada en las oficinas de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional UACI, Ministerio de Salud, Calle Arce #827, San Salvador, El Salvador.

**No se aceptarán ofertas enviadas por correo convencional o electrónico, fax, o presentadas fuera de la hora límite establecida.**

El ejecutor recibirá la oferta y conferirá un comprobante de recepción

#### La oferta contendrá:

1. Carta de Presentación y Compromiso
2. Resumen de la Oferta
3. Detalle de la Oferta
4. Cumplimiento de Especificaciones Técnicas
5. Cualquier otro documento, dato técnico, detalle o catálogo que permita a la entidad tener una mejor comprensión de los servicios o bienes propuestos, así como del respaldo técnico y experiencia de la firma.

Los documentos que se refieren a los numerales 1, 2 y 3 antes mencionados, deberán prepararse según los modelos que se adjuntan (Formularios 1 a 4) y estar debidamente firmados por el Representante Legal del oferente.

## **7. RECHAZO DE LAS OFERTAS**

Las ofertas que contengan errores u omisiones no subsanables, serán rechazadas.

Son causas para el rechazo de ofertas, las siguientes:

- a) Cuando no se ajusten sustancialmente y en todos sus aspectos a estos Formularios.
- b) Cuando los documentos estén incompletos a tal punto que esta circunstancia no permita su evaluación y no sea posible solicitar una aclaración respecto de los mismos.
- c) Si no estuviese firmada la Carta de Presentación y Compromiso y el Resumen de la oferta.
- d) Si los Bienes ofertados no cumplen con las Especificaciones Técnicas mínimas requeridas
- d) Si se llegase a comprobar que la Oferta u Oferente están inmersos en prácticas corruptas.
- e) Si los bienes o servicios ofertados no son provenientes de países miembros del BID.

## **8. CRITERIO DE ADJUDICACIÓN**

La UACI/MINSAL adjudicará los bienes al Oferente cuya oferta haya sido evaluada como la más baja en precio y cumpla sustancialmente con las especificaciones técnicas requeridas.

## **9. TIPO DE CONTRATO**

El contrato u Orden de Compra a celebrarse, será con base al modelo utilizado en el MINSAL adaptado para el proyecto e incorporará lo establecido en la oferta del adjudicatario.

Los bienes se contratarán bajo la modalidad de precios fijos.

## **10. Garantía de Cumplimiento de Contrato**

Después de distribuido el contrato, el contratista presentará al Contratante una garantía de cumplimiento de contrato (Fianza pagadera a la vista o garantía bancaria, Anexo 3 y 3a del documento de Comparación de Precios) por el cinco por ciento (5%) del valor del contrato, extendida a favor del Ministerio de Salud, emitida por un

## **MINISTERIO DE SALUD**

### **PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



Banco o Afianzadora o Aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia del Sistema Financiero de El Salvador.

Deberá ser presentada a más tardar diez (10) días hábiles después de distribuido el contrato.

Tendrá una vigencia de 3 meses días a partir de la distribución del contrato u Orden de Compra

Si la entrega es dentro de los 5 días después de distribuido el contrato u orden de compra, no será necesaria la presentación de la Garantía.



## MINISTERIO DE SALUD

### PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)



## SECCIÓN 3. LISTA DE BIENES Y SERVICIOS

No. DE ITEM	CODIGO MINSAL	NOMBRE DEL BIEN O SERVICIO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	ESPECIFICACIONES MINIMAS DEL BIEN
1	10900017	RESPIRADOR (MASCARILLA) DE ALTA EFICIENCIA DE FILTRADO CON CERTIFICADO NIOSH R95 O SUPERIOR, QUE PROTEJA DE GASES ACIDOS , CON ADAPTADOR NASAL, CON DOS SUJETADORES ELASTICOS, ADAPTACION HERMETICA FACIAL, SIN VALVULA DE EXHALACION.	18,000	C/U	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Con estándar de Calidad R95, para protección de niveles molestos de vapores orgánicos y de gases ácidos</li><li>▪ Elemento Filtrante: Tela no tejida de polipropileno y poliéster. Carbón Activado</li><li>▪ Forma convexa.</li><li>▪ Dos bandas elásticas a cada lado para sujeción</li><li>▪ Clip de aluminio interior para ajuste de nariz que asegure sello hermético de mascarilla y que permita amplio rango de tamaños de cara.</li><li>▪ Libre de mantenimiento.</li><li>▪ Peso aproximado 10 gramos</li></ul>

**MINISTERIO DE SALUD**  
**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



**SECCIÓN 4.**

**FORMULARIOS DE OFERTA**

<b>Formulario No.</b>	<b>Contenido</b>
1.	Información del Oferente
2.	Carta de Presentación y Compromiso
3.	Resumen de la oferta
4.	Detalle de la oferta
5.	Cumplimiento de Especificaciones Técnicas

**MINISTERIO DE SALUD**

**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



**Formulario No.1.1**

**DATOS GENERALES DEL OFERENTE**  
(PERSONAS NATURALES)

NOMBRE:

DIRECCION: Ciudad:  
Calle y No.:  
Teléfono(s):  
Facsímil:  
Correo electrónico:

DIRECCION PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA: **(Sólo si es diferente a la indicada arriba)**

No. DE DUI O PASAPORTE:  
No. DE NIT  
No. DE IVA

TITULO PROFESIONAL:

RAMAS DE ESPECIALIZACION: 1:  
2:  
3:

\_\_\_\_\_  
(Lugar y Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma completa)

**Adjuntar copia de:**

DUI O PASAPORTE  
NIT  
TARJETA DE IVA

**MINISTERIO DE SALUD**  
**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



## Formulario No.1.2

### **DATOS GENERALES DEL OFERENTE** (PERSONAS JURIDICAS)

NOMBRE DEL OFERENTE:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:  
DIRECCION:            Ciudad:  
                            Calle y No:  
                            Teléfono(s):  
                            Facsímil:  
                            Correo electrónico:

DIRECCION PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA: **(Sólo si es diferente a la indicada arriba)**

DIRECTIVOS:        PRESIDENTE:  
                            GERENTE (Y/O) APODERADO:  
                            FINANCIERO O QUIEN HAGA SUS VECES:  
                            REPRESENTANTE TECNICO:

CONSTITUCION DE LA EMPRESA: (Lugar) y (Fecha)

SOCIOS :	Nombre	Nacionalidad	Porcentaje
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	

\_\_\_\_\_  
(Lugar y Fecha)  
Legal)

\_\_\_\_\_  
(Firma completa del representante

#### **Adjuntar:**

Credencial del Representante legal  
Escritura de constitución y modificaciones si las hubiese (si se firmará contrato)  
Copia de DUI o Pasaporte del representante legal  
Copia de tarjeta de IVA  
Copia de NIT

## Formulario No.1.3

### DATOS GENERALES DEL OFERENTE (ASOCIACIÓN)

IDENTIFICACION DE LA ASOCIACIÓN:

NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA A SUSCRIBIR LA OFERTA:

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Ciudad:  
Calle:  
Teléfono(s):  
Facsímil:  
Correo electrónico:

MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN:

Nombre	Nacionalidad	Porcentaje
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
(Lugar y Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma completa del Rep. Legal o Apoderado)

#### **Adjuntar:**

1. *Copia simple del Convenio de Constitución de la ASOCIACIÓN o de intención de conformarla.*
2. *La ASOCIACIÓN extranjera adjudicataria, antes de la suscripción del contrato, deberá domiciliarse en el país.*

## **Formulario No. 2**

### **CARTA DE PRESENTACIÓN Y COMPROMISO**

Señor

\_\_\_\_\_

Atendiendo la invitación recibida para participar en el proceso de **Comparación de Precios No. CP-B-PRIDES-MINSAL/101**, para la **“Adquisición de mascarillas para atención de emergencias”** efectuada por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, luego de examinar las especificaciones técnicas recibidas, presento la oferta para la **venta real y efectiva** de la **“Adquisición de mascarillas para atención de emergencias”**, para ser entregados en \_\_\_\_\_, detallados en los documentos adjuntos a esta carta.

Al presentar la propuesta como \_\_\_\_\_ (persona natural, persona jurídica o asociación, según aplique), declaro bajo juramento, que:

1. El oferente no se halla incluido en ninguna de las prohibiciones que le impiden contratar con el Estado Salvadoreño, ni con las entidades del sector público de El Salvador.
2. Los equipos y materiales a ser utilizados en la prestación de los servicios son originarios de países miembros del BID.
3. Se comprometo a entregar los bienes y proveer los servicios conexos con sujeción a los requisitos que se estipulan en las Especificaciones Técnicas y por los precios detallados en la Oferta.
4. Garantiza la veracidad y exactitud de la información y las declaraciones incluidas en los documentos de la propuesta, formularios y otros anexos.
5. Se comprometo a denunciar cualquier acto relacionado con fraude y corrupción que fuere de su conocimiento durante el desarrollo del proceso.

**Atentamente,**

Nombre y firma del Representante Legal  
Nombre de la Empresa  
(Lugar y fecha)

## Formulario No. 3

### RESUMEN DE LA OFERTA

Señor (a)

\_\_\_\_\_

Atendiendo la invitación recibida para participar en el proceso de **Comparación de Precios No. CP-B-PRIDES-MINSAL/101**, para la contratación de la **“Adquisición de mascarillas para atención de emergencias”**, a ser entregados en \_\_\_\_\_, por la cantidad de \_\_\_\_\_ US Dólares (US\$ \_\_\_\_\_), suma que incluye el valor del IVA.

Este monto se establece de conformidad con el detalle que consta en la oferta adjunta.

Se compromete a entregar \_\_\_\_\_ (*breve descripción de los bienes y servicios*), a ser entregados en \_\_\_\_\_, en un plazo máximo de \_\_\_\_ días contados a partir de la fecha de distribución del Contrato u Orden de Compra.

La presente oferta tiene una validez de \_\_\_\_ días calendario a partir de la fecha límite de presentación.

Los equipos tienen una garantía técnica de \_\_\_\_ meses. (Cuando aplique)

Atentamente,

**Nombre y firma del Representante Legal**  
**Nombre de la Empresa**  
**(Lugar y fecha)**

**MINISTERIO DE SALUD**  
**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



**Formulario No. 4**

**DETALLE DE LA OFERTA**

No. ITEM	NOMBRE DEL BIEN O SERVICIO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>1</b>	RESPIRADOR (MASCARILLA) DE ALTA EFICIENCIA DE FILTRADO CON CERTIFICADO NIOSH R95 O SUPERIOR, QUE PROTEJA DE GASES ACIDOS , CON ADAPTADOR NASAL, CON DOS SUJETADORES ELASTICOS, ADAPTACION HERMETICA FACIAL, SIN VALVULA DE EXHALACION..	18,000	C/U		
<b>TOTAL INCLUYENDO IVA</b>					

Nombre y firma del Representante  
Nombre de la Empresa  
(Lugar y fecha)



MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)



Formulario No. 5

CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Item No.	DESCRIPCION	ESPECIFICACIONES TECNICAS REQUERIDAS	ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS
1	RESPIRADOR (MASCARILLA) DE ALTA EFICIENCIA DE FILTRADO CON CERTIFICADO NIOSH R95 O SUPERIOR, QUE PROTEJA DE GASES ACIDOS , CON ADAPTADOR NASAL, CON DOS SUJETADORES ELASTICOS, ADAPTACION HERMETICA FACIAL, SIN VALVULA DE EXHALACION.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con estándar de Calidad R95, para protección de niveles molestos de vapores orgánicos y de gases ácidos</li> <li>▪ Elemento Filtrante: Tela no tejida de polipropileno y poliéster. Carbón Activado</li> <li>▪ Forma convexa.</li> <li>▪ Dos bandas elásticas a cada lado para sujeción</li> <li>▪ Clip de aluminio interior para ajuste de nariz que asegure sello hermético de mascarilla y que permita amplio rango de tamaños de cara.</li> <li>▪ Libre de mantenimiento.</li> <li>▪ Peso aproximado 10 gramos</li> </ul> <p><b>PAIS DE ORIGEN:</b> <b>FABRICANTE:</b></p>	

Nombre y firma del Representante  
Nombre de la Empresa  
(Lugar y fecha)

## MINISTERIO DE SALUD

### PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES) ANEXO 1



### LISTA DE PAÍSES ELEGIBLES MIEMBROS DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

*(Para los efectos de lo indicado en este proceso, cuando se haga referencia a países elegibles, se deberá considerar si se trata de los países miembros del Banco o de aquellos miembros del Banco que hacen parte del Fondo Multilateral de Inversiones FOMIN. Se eliminará la parte no pertinente.)*

#### **A) Países Miembros del Banco.**

##### **a) Lista de Países Prestatarios:**

- (i) Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela.

##### **b) Lista de Países no Prestatarios:**

- (i) Alemania, Austria, Bélgica, Canadá, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Israel, Italia, Japón, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Popular China, Suecia, Suiza y Corea.

##### **(ii) Territorios y Dependencias Elegibles:**

- \_ Antillas Holandesas (Aruba, Curaçao, Bonaire, St. Maarten, Saba y Eustatius), participan como Departamentos de los Países Bajos.
- \_ Guadalupe, Guyana Francesa, Martinica y Reunión, participan como Departamentos de Francia.
- \_ Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, participan como jurisdicciones de los Estados Unidos de América.

Debe consultarse al Banco con relación a la elegibilidad de las otras repúblicas sucesoras de la ex República Socialista de Yugoslavia para llevar a cabo adquisiciones financiadas con préstamos del Banco.

**MINISTERIO DE SALUD**  
**PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)**



**ANEXO 2**  
**FORMATO DE CONTRATO**

*(Para casos especiales se utilizará contrato, por lo general se utilizará Orden de Compra)*

## Garantía de Cumplimiento de Contrato (Fianza Pagadera a la Vista)

Por esta Fianza [*indique el nombre y dirección del Contratista*] en calidad de Mandante (en adelante “el Contratista”) y [*indique el nombre, título legal y dirección del garante, compañía afianzadora o aseguradora*] en calidad de Garante (en adelante “el Garante”) se obligan y firmemente se comprometen con [*indique el nombre y dirección del Comprador*] en calidad de Contratista (en adelante “el Comprador”) por el monto de [*indique el monto de fianza*] [*indique el monto de la fianza la en palabras*], a cuyo pago en forma legal, en los tipos y proporciones de monedas en que deba pagarse el Precio del Contrato, nosotros, el Contratista y el Garante antemencionados nos comprometemos y obligamos colectiva y solidariamente a nuestros herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios a estos términos.

Considerando que el Contratista ha celebrado con el Comprador un Contrato con fecha del [*indique el número*] días de [*indique el mes*] de [*indique el año*] para [*indique el nombre del Contrato*] de acuerdo con los documentos, especificaciones y modificaciones de los mismos que, en la medida de lo estipulado en el presente documento, constituyen por referencia parte integrante de éste y se denominan, en adelante, el Contrato.

Por lo tanto, la Condición de esta Obligación es tal que si el Contratista diere pronto y fiel cumplimiento a dicho Contrato (incluida cualquier modificación del mismo), dicha obligación quedará anulada y, en caso contrario, tendrá plena vigencia y efecto. En cualquier momento que el Contratista esté en violación del Contrato, y que el Comprador así lo declare, cumpliendo por su parte con las obligaciones a su cargo, el Garante podrá corregir prontamente el incumplimiento o deberá proceder de inmediato a:

- (1) llevar a término el Contrato de acuerdo con las condiciones del mismo, o
- (2) obtener una oferta u ofertas de licitantes calificados y presentarla(s) al Comprador para llevar a cabo el Contrato de acuerdo con las Condiciones del mismo y, una vez que el Comprador y el Garante hubieran determinado cuál es el Licitante que ofrece la oferta evaluada más baja que se ajusta a las condiciones de la licitación, disponer la celebración de un Contrato entre dicho Licitante y el Comprador. Menos el saldo del Precio del Contrato, pero sin exceder el monto fijado en el primer párrafo de este documento, incluidos otros costos y daños y perjuicios por los cuales el Garante pueda ser responsable en virtud de la presente fianza. La expresión "saldo del Precio del Contrato" utilizada en este párrafo significará el monto total pagadero por el Comprador al Contratista en virtud del Contrato, menos el monto que el Comprador hubiera pagado debidamente al Contratista, o
- (3) pagar al Comprador el monto exigido por éste para llevar a cabo el Contrato de acuerdo con las Condiciones del mismo, hasta un total que no exceda el monto de esta fianza.

El Garante no será responsable por una suma mayor que la penalización específica que constituye esta fianza.

Cualquier juicio que se entable en virtud de esta fianza deberá iniciarse antes de transcurrido un año a partir de la fecha de entrega de los bienes.

Ninguna persona o empresa del Comprador mencionado en el presente documento o sus

## MINISTERIO DE SALUD

### PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)



herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios podrá tener o ejercer derecho alguno en virtud de esta fianza.

En fe de lo cual, el Contratista ha firmado y estampado su sello en este documento, y el Garante ha hecho estampar su sello institucional en el presente documento, debidamente atestiguado por la firma de su representante legal, a los *[indique el número]* días de *[indique el mes]* de *[indique el año]*.

Firmado por *[indique la(s) firma(s) del (de los) representante(s) autorizado(s)]*  
En nombre de *[nombre del Contratista]* en calidad de *[indicar el cargo]*

En presencia de *[indique el nombre y la firma del testigo]*  
Fecha *[indique la fecha]*

Firmado por *[indique la(s) firma(s) del (de los) representante(s) autorizado(s) del Fiador]*  
En nombre de *[nombre del Fiador]* en calidad de *[indicar el cargo]*

En presencia de *[indique el nombre y la firma del testigo]*  
Fecha *[indique la fecha]*

## Garantía de Cumplimiento de Contrato (Garantía Bancaria Incondicional)

[El **Banco/Oferente seleccionado** que presente esta Garantía deberá completar este formulario según las instrucciones indicadas entre corchetes, si el Comprador solicita esta clase de garantía.]

[Indique el Nombre del Banco, y la dirección de la sucursal que emite la garantía]

**Beneficiario:** [indique el nombre y la dirección del Comprador]

**Fecha:** [indique la fecha]

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO No.** [indique el número de la Garantía de Cumplimiento]

Se nos ha informado que [indique el nombre del Contratista] (en adelante denominado “el Contratista”) ha celebrado el Contrato No.[indique el número referencial del Contrato] de fecha [indique la fecha] con su entidad para la ejecución de [indique el nombre del Contrato y una breve descripción del bien] en adelante “el Contrato”).

Así mismo, entendemos que, de acuerdo con las condiciones del Contrato, se requiere una Garantía de Cumplimiento.

A solicitud del Contratista, nosotros [indique el nombre del Banco] por este medio nos obligamos irrevocablemente a pagar a su entidad una suma o sumas, que no exceda(n) un monto total de [indique la cifra en números] [indique la cifra en palabras],<sup>1</sup> la cual será pagada por nosotros en los tipos y proporciones de monedas en las cuales el Contrato ha de ser pagado, al recibo en nuestras oficinas de su primera solicitud por escrito, acompañada de una comunicación escrita que declare que el Contratista está incurriendo en violación de sus obligaciones contraídas bajo las condiciones del Contrato sin que su entidad tenga que sustentar su demanda o la suma reclamada en ese sentido.

Esta Garantía expirará no más tarde de ciento ochenta días contados a partir de la fecha de la firma del contrato por el contratista, o en el [indicar el día] día del [indicar el mes] mes del [indicar el año],<sup>2</sup> lo que ocurra primero. Consecuentemente, cualquier solicitud de pago bajo esta Garantía deberá recibirse en esta institución en o antes de esta fecha.

Esta Garantía está sujeta a las *Reglas uniformes de la CCI relativas a las garantías pagaderas contra primera solicitud* (*Uniform Rules for Demand Guarantees*), Publicación del CCI No. 458. (ICC, por sus siglas en inglés), excepto que el subpárrafo (ii) del subartículo 20 (a) está aquí excluido.

---

[Firma(s) del (los) representante(s) autorizado(s) del banco]

<sup>1</sup> El Garante (banco) indicará el monto que representa el porcentaje del Precio del Contrato estipulado en el Contrato y denominada en la(s) moneda(s) del Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Comprador.

<sup>2</sup> Indique la fecha que corresponda treinta días después de la Fecha de Terminación Prevista. El Comprador deberá observar que en el caso de prórroga del plazo de terminación del Contrato, el Comprador necesitará solicitar una extensión de esta Garantía al Garante. Dicha solicitud deberá ser por escrito y presentada antes de la expiración de la fecha establecida en la Garantía. Al preparar esta Garantía el Comprador podría considerar agregar el siguiente texto al formulario, al final del penúltimo párrafo: “El Garante conviene en una sola extensión de esta Garantía por un plazo no superior a [seis meses]/[ un año], en respuesta a una solicitud por escrito del Comprador de dicha extensión, la que será presentada al Garante antes de que expire la Garantía.”

## MINISTERIO DE SALUD

### PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)



*[El Banco, a solicitud del Oferente seleccionado, completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. En caso que la Garantía sea emitida por un Banco de un país extranjero, éste deberá tener corresponsalía con un Banco del país del Contratante.]*

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes, y año) de la presentación de la Oferta]*  
LPI No. y Título: *[indicar el No. y título del proceso licitatorio]*

Sucursal del Banco u Oficina *[nombre completo del Garante]*

**Beneficiario:** *[Nombre completo del Comprador]*

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO No.:** *[indicar el número de la Garantía]*

Se nos ha informado que *[nombre completo del Proveedor]* (en adelante denominado “el Proveedor”) ha celebrado el contrato No. *[indicar número]* de fecha *[indicar (día, mes, y año)]* con ustedes, para el suministro de *[breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos]* (en adelante denominado “el Contrato”).

Además, entendemos que, de acuerdo con las condiciones del Contrato, se requiere una Garantía de Cumplimiento.

A solicitud del Proveedor, nosotros por medio de la presente garantía nos obligamos irrevocablemente a pagarles a ustedes una suma o sumas, que no excedan *[indicar la(s) suma(s) en cifras y en palabras]*<sup>3</sup> contra su primera solicitud por escrito, acompañada de una declaración escrita, manifestando que el Proveedor está en violación de sus obligaciones en virtud del Contrato, sin argumentaciones ni objeciones capciosas, sin necesidad de que ustedes prueben o acrediten las causas o razones de su demanda o la suma especificada en ella.

Esta garantía expirará a más tardar el *[indicar el número]* día de *[indicar el mes]* de *[indicar el año]*<sup>4</sup>, y cualquier reclamación de pago bajo esta garantía deberá ser recibida por nosotros

<sup>3</sup> El banco deberá insertar la suma establecida en las CEC y denominada como se establece en las CEC, ya sea en la(s) moneda(s) del Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Comprador.

<sup>4</sup> Las fechas han sido establecidas de conformidad con la Cláusula 17.4 de las Condiciones Generales del Contrato (“CGC”) teniendo en cuenta cualquier otra obligación de garantía del Proveedor de conformidad con la Cláusula 15.2 de las CGC, prevista a ser obtenida con una Garantía de Cumplimiento parcial. El Comprador deberá advertir que en caso de prórroga del plazo para cumplimiento del Contrato, el Comprador tendrá que solicitar al banco una extensión de esta Garantía. Dicha solicitud deberá ser por escrito y presentada antes de la fecha de expiración establecida en la Garantía. Al preparar esta Garantía el Comprador pudiera considerar agregar el siguiente texto en el Formulario, al final del penúltimo párrafo: “Nosotros convenimos en una sola extensión de esta Garantía por un plazo no superior a [seis meses] [un año], en respuesta a una solicitud por escrito de dicha extensión por el Comprador, la que nos será presentada antes de la expiración de la Garantía.”

## MINISTERIO DE SALUD

### PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (PRIDES)



en esta oficina en o antes de esa fecha.

Esta garantía está sujeta a las “Reglas Uniformes de la CCI relativas a las garantías contra primera solicitud” (*Uniform Rules for Demand Guarantees*), Publicación ICC No. 458, excepto el numeral (ii) del Subartículo 20 (a).

---

*[firma(s) del representante autorizado del banco y del Proveedor]*