

Sección III: Anexos de la cotización

Enmienda No.3

REFERENCIA E-SOURCING: RFQ/2021/19242

Nota para los licitantes: El texto resaltado en azul son instrucciones para completar cada formulario. Complete los formularios según las instrucciones y preséntelos como parte de su cotización.

Los siguientes formularios forman parte de esta solicitud de cotización y los licitantes deberán completarlos y presentarlos como parte de su cotización.

La presente Sección contiene los siguientes formularios que deben presentarse en la oferta:

- Anexo A: Formulario de presentación de cotización
- Anexo B: Formulario de oferta de precios
- Anexo C: Formulario de Oferta Técnica
- Anexo D: Formulario de experiencia del licitante

Anexo A: Formulario de presentación de cotización

Se exige de los licitantes que completen el presente formulario y lo presenten como parte de su cotización. El licitante deberá completar este formulario de conformidad con las instrucciones indicadas a continuación. No se permitirá alteración alguna del formato establecido, ni se aceptarán sustituciones.

Fecha: [inserte la fecha]

Asunto: Cotización para el suministro de [Inserte una breve descripción sobre los bienes y/o servicios] en [nombre de país/ciudad] – Núm. de la solicitud de cotización: [inserte núm. de referencia de la solicitud de cotización], de fecha [inserte la fecha]

Nosotros, los abajo firmantes, declaramos que:

- a. Nos ofrecemos a suministrar los bienes/servicios de conformidad con los documentos licitatorios, incluidas las Condiciones Generales de Contrato de UNOPS;
- b. Nuestra cotización será válida por un periodo de [inserte un número de días, que no podrá ser inferior al número especificado en la Sección: Detalles, Período de validez de la oferta en número de días] días, a partir de la fecha límite para la presentación de cotizaciones indicada en la solicitud de cotización, y tendrá carácter vinculante para nosotros, y podrá ser aceptada en todo momento anterior a la expiración de este periodo;
- c. No tenemos conflictos de intereses en ninguna actividad que, si nuestra cotización fuera seleccionada, resultaría en un conflicto de intereses con respecto a UNOPS. [Si su empresa tiene un conflicto de interés real o potencial, según la definición del Artículo 3 de la Sección I: Instrucciones a los licitantes, indíquelo aquí].
- d. Nuestra empresa confirma que el licitante y los subcontratistas no se han involucrado ni implicado de manera alguna, directa o indirectamente, en la preparación de los diseños, términos de referencia y/o todo otro documento usado como parte de esta licitación;
- e. Nuestra empresa, sus empresas asociadas o filiales – incluido todo subcontratista o proveedor implicado en cualquier aspecto del contrato – no han sido declaradas inelegibles por UNOPS, ni están incluidas en la lista de proveedores suspendidos/inelegibles de la División de Adquisiciones de las Naciones Unidas, de otras agencias de las Naciones Unidas, del Consejo de Seguridad, o del Banco Mundial, de conformidad con lo establecido en las Instrucciones para licitantes, artículo 3, Elegibilidad;
- f. Nos adherimos a los principios del Código de Conducta para proveedores de las Naciones Unidas, así como a los principios establecidos en el Pacto Mundial de las Naciones Unidas;
- g. No nos hemos declarado en bancarrota, ni estamos implicados en procedimientos de insolvencia o quiebra, y no hay sentencia ni acción judicial pendiente algunas en nuestra contra susceptibles de menoscabar nuestras operaciones en un futuro próximo;
- h. No hemos ofrecido ni ofreceremos comisiones, regalos y/o favores similares a cambio de la presente solicitud de cotización, ni participaremos en este tipo de actividades durante la ejecución del contrato.

Yo, el abajo firmante, confirmo que dispongo de la autorización necesaria por parte de [inserte nombre completo del licitante] para firmar la presente cotización y establecer un acuerdo vinculante entre [inserte nombre completo del licitante] y UNOPS, si la cotización resulta aceptada:

Nombre: [complete]

Puesto: [complete]

Fecha: [complete]

Firma: _____

Representante Legal de la Empresa.

Anexo B: Formulario de oferta de precios

El licitante deberá completar este formulario de conformidad con las instrucciones indicadas a continuación.

Núm. de referencia de la solicitud de cotización: **RFQ/2021/19242**

Divisa	Dólares de los Estados Unidos de América (USD\$).
---------------	---

Ítem Núm.	Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	Precio unitario USD	Precio total USD
1	CAMAS ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS. Equipo para el alojamiento de un paciente hospitalizado (internado) en salas de hospitalización, cubículos de aislamiento y cuidados Intermedios de conformidad a las Especificaciones indicadas en la Sección II Lista de Requerimientos.	Cuarenta y cuatro (44)	Unidad	[Inserte]	[Inserte]
Precio Total USD					[Inserte]

Se acepta un plazo de 30 días para el pago: ☐ **Sí**

Lista de subcontratistas o proveedores:

El licitante debe proporcionar los nombres de todos los subcontratistas/proveedores que suministrarán bienes/servicios en virtud de este contrato, así como el tipo de trabajo que se está subcontratando, si corresponde.

(A) **[Nombre legal completo y dirección de los subcontratistas]**

(B) **[Nombre legal completo y dirección de los subcontratistas]**

(C) **[Nombre legal completo y dirección de los subcontratistas]**

Yo, el abajo firmante, confirmo que dispongo de la autorización necesaria por parte de **[inserte nombre completo del licitante]** para firmar la presente cotización y establecer un acuerdo vinculante entre **[inserte nombre completo del licitante]** y UNOPS, si la cotización resulta aceptada:

Nombre : _____

Puesto : _____

Fecha : _____

Firma : _____

Representante Legal de la Empresa.

Anexo C: Formulario de oferta técnica

Núm. de referencia de la solicitud de cotización: **RFQ/2021/19242**

Nombre del licitante: **[Indique el nombre del licitante]**

La información debe ser concordante con lo solicitado en: Sección II: Lista de Requerimientos

No.	Especificaciones Técnicas Requeridas		Detalle Ofertado	
A.	Marca		[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]	
B.	Modelo		[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]	
C.	Año de Fabricación y modelo liberado		[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]	
D.	País de origen		[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]	
Ítem	Requerimientos técnicos mínimos de UNOPS	Detalle Solicitado	¿Cumple la cotización con los requerimientos? (El licitante debe completar esta columna)	Detalles sobre los bienes ofrecidos (El licitante debe completar esta columna)
1	Cama eléctrica hospitalaria	Altura ajustable indicada para alojar al paciente internado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
2	Cama eléctrica hospitalaria	Soporte de peso mayor o igual a doscientos veinte kilogramos (220 kg).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
3	Cama eléctrica hospitalaria	Una plataforma superior de tres (03) secciones como mínimo, cabecera, piecera y cuatro (04) barandas laterales abatibles manualmente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
4	Cama eléctrica hospitalaria	Cabecera y piecera desmontable manualmente, fabricadas en material de alta resistencia a golpes como ABS u otro polímero rígido.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
5	Cama eléctrica hospitalaria	No se admitirá que la cabecera, la piecera y las barandas sean fabricadas en acero inoxidable.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
6	Cama eléctrica hospitalaria	Agarradera para empuje.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
7	Cama eléctrica hospitalaria	Amortiguadores en las cuatro (04) esquinas de la cama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

8	Cama eléctrica hospitalaria	La cama debe permitir colocación y uso de equipo grúa para movilización del paciente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
9	Cama eléctrica hospitalaria. Movimientos requeridos:	Altura ajustable, rango mínimo: cincuenta centímetros (50 cm) a setenta (70 cm) centímetros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
10	Cama eléctrica hospitalaria. Movimientos requeridos:	Sección de espalda (fowler), rango mínimo: cero (0) a sesenta (60°) grados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
11	Cama eléctrica hospitalaria. Movimientos requeridos:	Sección de rodillas (semi-fowler), rango mínimo: cero (0) a veinte (20°) grados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
12	Cama eléctrica hospitalaria. Movimientos requeridos:	Trendelemburg, mínimo doce grados (12°).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
13	Cama eléctrica hospitalaria. Movimientos requeridos:	Trendelemburg inverso, mínimo doce grados (12°).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
14	Cama eléctrica hospitalaria. Movimientos requeridos:	Posición de reanimación cardiopulmonar RCP, activación manual.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
15	Cama eléctrica hospitalaria. Control de mando:	Al menos un (01) control de mando de paciente integrado al lado interno de una (01) de las barandas laterales superiores de la cama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
16	Cama eléctrica hospitalaria. Control de mando:	Al menos un (01) control de mando clínico integrado por el lado externo de las dos (02) barandas laterales superiores o integradas la piecera de la cama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
17	Cama eléctrica hospitalaria. Control de mando:	Con botones de membrana o de contacto e indicaciones escritas en idioma español y gráficas del movimiento específico de la cama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
18	Cama eléctrica hospitalaria. Control de mando:	Preferiblemente, con tres (03) o más memorias de posicionamiento automático.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

19	Cama eléctrica hospitalaria. Control de mando:	Con display digital o indicador análogo que despliega el ángulo aplicado en grados de la posición de trendelemburg y trendelemburg inverso.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
20	Cama eléctrica hospitalaria. Control de mando:	Sistema de seguridad y bloqueo de funciones y movimientos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
21	Cama eléctrica hospitalaria. Control de mando:	Indicador de batería baja.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
22	Cama eléctrica hospitalaria.	Con predisposición para porta suero en las cuatro (04) esquinas de la cama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
23	Cama eléctrica hospitalaria.	Con porta cilindro Tipo E, incluido como parte integral del equipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
24	Cama eléctrica hospitalaria.	Incluye dos (02) o más ganchos para colgar bolsas de drenaje colocados en ambos lados de la estructura de la cama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
25	Cama eléctrica hospitalaria.	La superficie del respaldo debe ser translúcida para la toma de imágenes de Rayos X, incluyendo porta-chasis o sistema equivalente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
26	Cama eléctrica hospitalaria.	Estructura de la cama fabricada en acero con acabado anticorrosivo (epóxico, nylon o poliéster).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
27	Cama eléctrica hospitalaria.	Color de la estructura de la cama: blanco, beige o gris claro.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
28	Cama eléctrica hospitalaria.	Cama montada en al menos cuatro rodos omnidireccionales antiestáticos de los cuales al menos dos omnidireccionales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
29	Cama eléctrica hospitalaria.	Con mecanismo de freno centralizado que bloquea las cuatro ruedas al mismo tiempo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
30	Cama eléctrica hospitalaria.	Diámetro de los rodos: no menor a quince (15 cm) centímetros. Diámetro de los rodos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describe los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

		no menor a doce punto cinco (12.5 cm) centímetros.		
31	Cama eléctrica hospitalaria. Dimensiones de la cama:	a. Longitud total doscientos veinte (220 cm) centímetros, ± diez (10 cm) centímetros. b. Ancho total cien (100 cm) +/- diez (10 cm) centímetros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
32	Cama eléctrica hospitalaria. Un (01) colchón antiescaras, sin costuras, de una sola pieza.	Fabricado en espuma de poliuretano con espuma de alta densidad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
33	Cama eléctrica hospitalaria. Un (01) colchón antiescaras, sin costuras, de una sola pieza.	Grosor de quince (15 cm) centímetros como mínimo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
34	Cama eléctrica hospitalaria. Un (01) colchón antiescaras, sin costuras, de una sola pieza.	Adaptable a las múltiples posiciones de la cama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
35	Cama eléctrica hospitalaria. Un (01) colchón antiescaras, sin costuras, de una sola pieza.	Cobertor o recubierta fabricada en material sintético, impermeable, antiestático y anti inflamable.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
36	Cama eléctrica hospitalaria. Un (01) colchón antiescaras, sin costuras, de una sola pieza.	El cobertor debe resistir los procesos de desinfección y limpieza hospitalarios.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
37	Cama eléctrica hospitalaria. Un (01) colchón antiescaras, sin costuras, de una sola pieza.	Color: gris, azul u otros tonos oscuros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
38	Cama eléctrica hospitalaria. Características Eléctricas:	Alimentación eléctrica: Voltaje ciento veinte (120 VAC), sesenta (60 Hz), monofásico.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
39	Cama eléctrica hospitalaria. Características Eléctricas:	Batería interna recargable, con autonomía de al menos treinta (30) minutos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
40	Cama eléctrica hospitalaria. Características Eléctricas:	Protección eléctrica de acuerdo con IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

41	Cama eléctrica hospitalaria. Características Eléctricas:	Protección contra condiciones de sobre voltaje y sobre corriente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
42	Cama eléctrica hospitalaria. Características Eléctricas:	Toma polarizada, grado hospitalario y cable de al menos dos (02) metros de largo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
43	Cama eléctrica hospitalaria. Características Eléctricas:	Permite liberar la posición manualmente en caso de falla de algún motor de movimiento del equipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
44	Cama eléctrica hospitalaria. Accesorios.	Incluir todos los accesorios necesarios para la correcta operación del equipo en cada una de las funciones solicitadas aun cuando no están incluidos en las especificaciones técnicas requeridas. Los accesorios deben ser los recomendados por el fabricante y compatibles con el equipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
45	Mesa puente para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida);	Diseño en "C" adaptable a cualquier tipo de cama hospitalaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
46	Mesa puente para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida);	Dimensiones (largo por ancho) sesenta y cinco (65cm) centímetros x treinta y seis (36cm) centímetros, ± cinco (05cm) centímetros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

47	Mesa puente para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida);	Superficie con bordes y esquinas redondeadas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
48	Mesa puente para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida);	Con mecanismo de elevación ajustable tipo neumático con seguro en diferentes alturas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
49	Mesa puente para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida);	Rango mínimo de elevación de noventa (90cm) centímetros a ciento veinte (120 cm), \pm cinco (05cm) centímetros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
50	Mesa puente para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida);	Estructura fabricada en acero con acabado anticorrosivo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
51	Mesa puente para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas	Montada en cuatro (04) rodines giratorios antihilos de diámetro mínimo cuatro (04 cm)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

	para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida):	centímetros, con freno en al menos dos (02) de estos.		
52	Mesa de noche para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa de noche se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida):	Dimensión (alto por ancho por largo): noventa y cinco (95cm) centímetros x cuarenta y cinco (45cm) centímetros x cuarenta y cinco (45cm) centímetros, ± cinco (5cm) centímetros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
53	Mesa de noche para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida):	Sobre de mesa de material plástico ABS o superior.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
54	Mesa de noche para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa puente se consideran indicativas y no excluyentes siempre y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida):	Espacios de almacenamiento: una gaveta y un cajón en la parte inferior de la gaveta.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
55	Mesa de noche para cama eléctrica hospitalaria. (las medidas indicadas para la mesa de noche se consideran indicativas y no excluyentes siempre	Con terminales antideslizantes en las cuatro patas ó con 4 ruedas de al menos 8 cm de diámetro de las cuales al menos 2 con frenos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

	y cuando cumpla con la funcionalidad en acople con la cama ofrecida):			
56	Juego de fajas de sujeción para cama eléctrica hospitalaria.	Indicadas para la sujeción de pacientes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
57	Juego de fajas de sujeción para cama eléctrica hospitalaria.	Juego compuesto por faja de sujeción para tórax, otra para abdomen y una de piernas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
58	Juego de fajas de sujeción para cama eléctrica hospitalaria.	Material resistente a productos y procesos de lavandería hospitalaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
59	Poste porta suero para cama de eléctrica hospitalaria.	En forma de T de cuatro (04) ganchos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
60	Poste porta suero para cama de eléctrica hospitalaria.	Altura tipo telescópico ajustable.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
61	Poste porta suero para cama de eléctrica hospitalaria.	Capacidad de carga de trabajo segura mayor o igual que diez (10 kg) kilogramos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
62	Cama eléctrica hospitalaria. Certificaciones y estándares de calidad:	Certificaciones aplicables al fabricante de los equipos: ISO13485	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
63	Cama eléctrica hospitalaria. Certificaciones y estándares de calidad:	Certificaciones aplicables a los equipos. Certificado de Conformidad Europea (CE) con directiva 93/42 EC o regulación 2017/745	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
64	Cama eléctrica hospitalaria. Certificaciones y estándares de calidad:	Certificaciones aplicables a los equipos. FDA (Food and Drug Administration) de EEUU que certifique permiso de comercialización en Estados Unidos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

65	Cama eléctrica hospitalaria. Certificaciones y estándares de calidad:	Certificaciones aplicables a los equipos. SOR/98-282 de Canadá.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
66	Cama eléctrica hospitalaria. Certificaciones y estándares de calidad:	Certificaciones aplicables a los equipos. TGA Conformity certification de Australia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
67	Cama eléctrica hospitalaria. Certificaciones y estándares de calidad:	Certificado vigente de registro del equipo antes el Ministerio de Salud de Costa Rica, según lo establecido en el Reglamento para la Notificación, Registro, Clasificación, Importación: Control de Equipo y Material Biomédico publicado en el Alcance No. 19 de la Gaceta No. 80 del 25 de abril del 2008 (EMB).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
68	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Certificado de FDA vigente con especificado el modelo ofertado para su uso dentro y fuera de EE. UU.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
69	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Autorización del fabricante a la comercialización en Costa Rica.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
70	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Certificado con ISO 13485 del fabricante.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
71	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Certificado ISO9001 del proveedor si no es el fabricante.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
72	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Certificado vigente de registro del equipo antes el Ministerio de Salud de Costa Rica, según lo establecido en el Reglamento para la Notificación, Registro, Clasificación, Importación: Control de Equipo y Material Biomédico publicado en el Alcance No. 19 de la	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

		Gaceta No. 80 del 25 de abril del 2008 (EMB).		
73	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Manual de usuario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
74	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Brochure comercial.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
75	Documentación técnica a entregarse con la oferta.	Ficha técnica.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
76	Servicios post venta requeridos. Ensamblaje, instalación y puesta en funcionamiento:	El equipo será entregado a cada destino final.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
77	Servicios post venta requeridos. Ensamblaje, instalación y puesta en funcionamiento:	El equipo será desembalado siendo el embalaje removido por el proveedor a menos que el beneficiario quiera conservarlo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
78	Servicios post venta requeridos. Ensamblaje, instalación y puesta en funcionamiento:	El equipo será ensamblado por el proveedor y puesto en condición de su primer funcionamiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
79	Servicios post venta requeridos. Ensamblaje, instalación y puesta en funcionamiento:	El personal técnico del beneficiario realizará la prueba de aceptación averiguando que el equipo es conforme a lo ofertado en su composición, accesorios, funcionalidad y características técnicas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
80	Servicios post venta requeridos. Ensamblaje, instalación y puesta en funcionamiento:	Por cada unidad suministrada, el proveedor entregará junto con el equipo al menos una copia impresa de los manuales de uso y mantenimiento en español.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

81	Servicios post venta requeridos. Ensamblaje, instalación y puesta en funcionamiento:	En caso de equipo no conforme a lo requerido el Proveedor deberá sustituirlo, con costos a su cargo, con un equipo conforme y eventualmente se aplicarán las penales para retraso de entrega.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
82	Servicios post venta requeridos. Capacitación:	El material didáctico, en español, para los cursos de mantenimiento y capacitación de usuarios se entregará junto con el equipo y estará sujeto a la aprobación del beneficiario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
83	Servicios post venta requeridos. Capacitación:	El curso de capacitación para técnicos de mantenimiento y usuarios será teórico y práctico, utilizando los equipos en la configuración ofrecida y fantasmas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
84	Servicios post venta requeridos. Garantía del fabricante:	El certificado de garantía estará a nombre del beneficiario final.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
85	Servicios post venta requeridos. Garantía del fabricante:	El período de garantía no será inferior a veinticuatro (24) meses.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
86	Servicios post venta requeridos. Garantía del fabricante:	La garantía cubrirá toda la máquina, incluidos todos los componentes, repuestos, accesorios y consumibles de la misma. La cobertura de la garantía se aplicará íntegramente y sin costo alguno para el comprador y los usuarios, incluidos, entre otros, el costo de visitas, mano de obra y repuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
87	Servicios post venta requeridos. Garantía adicional del Proveedor:	La garantía adicional del Proveedor estará ejecutada en el lugar de la instalación, siendo cualquier costo de transporte del equipo o del técnico que viaje a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

		cargo del Proveedor e incluido en el precio ofrecido.		
88	Servicios post venta requeridos. Garantía adicional del Proveedor:	Durante el período de validez de la garantía, las visitas de calibración y mantenimiento in situ programadas serán de al menos tres (03) por año. El cronograma de la visita será presentado antes de la puesta en funcionamiento. Durante las visitas, se proporcionará una formación adicional concisa a los usuarios y al personal de mantenimiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
89	Modelo de equipo:	Equipos nuevos (sin uso), de última generación, libres de defectos y contruidos con materiales de primera calidad. La fecha de fabricación deberá ser del año 2019 o más reciente (antigüedad de fabricación de los equipos máxima de veinticuatro (24) meses a la presentación de la oferta). No se permitirán equipos reconstruidos, re manufacturados, reacondicionados, ni usados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]
90	Seguros:	Seguro "contra todo riesgo" que cubra cualquier siniestro durante el transporte hasta el destino final y en la fase de instalación que cubra cualquier siniestro durante la instalación, pruebas y puesta en operación hasta la recepción del equipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	[Describa los bienes ofrecidos, incluyendo especificaciones, así como la marca o el modelo si corresponde]

Requerimientos de entrega y tabla comparativa de datos:

Requerimientos de UNOPS		¿Cumple la cotización con los requerimientos? (El licitante debe completar esta columna)	Detalles (El licitante debe completar esta columna)
Plazo de entrega	El licitante deberá instalar el equipo a disposición de la CCSS dentro de un plazo máximo de sesenta (60) noventa (90) días naturales después de firmado el contrato.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inserte detalles
Condiciones de Pago	UNOPS efectuará el pago en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, después de recibir los documentos relativos al pago (factura). Estos documentos deben ser sustentados con el detalle y aceptación conforme por parte de la CCSS.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inserte detalles
Precio	Los oferentes interesados deberán de presentar el precio de sus servicios y/o bienes en dólares de los EEUU y deberá mantener dicho precio por el periodo estimado del contrato de ciento ochenta (180) días naturales. El precio final debe considerar y contener todos los requerimientos y condiciones establecidos en este proceso de licitación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inserte detalles
Garantía bancaria de cumplimiento	El proveedor obtendrá (a su costo) una Garantía bancaria incondicional e irrevocable de cumplimiento. El monto de la Garantía bancaria de cumplimiento será igual al diez por ciento (10%) del Precio adjudicado. La Garantía bancaria de cumplimiento debe ser entregada antes de la firma del contrato, debiendo incluir las condiciones de: irrevocable, incondicional, solidaria, sin beneficio de excusión y de realización automática a su solo requerimiento, sin necesidad de requerimiento judicial para su pago o ejecución, emitida por una entidad bancaria expresamente reconocida por la Superintendencia General de Entidades Financieras de Costa Rica (SUGEF) y conforme con el modelo del Anexo 8.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inserte detalles
Plazo del Contrato	El plazo de ejecución del contrato será hasta de ciento ochenta (180) días naturales; el mismo si es requerido puede estar sujeto a extenderse mediante enmienda.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inserte detalles

Nombre : _____

Puesto : _____

Fecha : _____

Firma : _____

Representante Legal de la Empresa.

Anexo D: Formulario experiencia del licitante.Núm. de referencia de la solicitud de cotización: **RFQ/2021/19242**Nombre del licitante: **[Indique el nombre del licitante]**

Nombre del Cliente - Empresa (Descripción)	Total del Monto Contratado	Persona a contactar teléfono y correo electrónico del contacto	Bienes y/o Servicios brindados	Fecha de inicio	Fecha de Finalización

Nombre : _____

Puesto : _____

Fecha : _____

Firma : _____

Representante Legal de la Empresa.**OBSERVACIONES:**

- **El formato no podrá ser modificado por los licitantes, salvo derivado de una expresión escrita de la UNOPS.**
- Los licitantes deberán llenar con la información requerida, todos los campos para que la experiencia sea considerada en la evaluación.