ID 320.320.-

ADENDA Nº 01

SE COMUNICA POR ESTE MEDIO; QUE EN EL MARCO DE LA LICITACIÓN POR CONCURSO DE OFERTAS N° 12/2016 "CONTRATACIÓN DE SEGUROS PARA VEHÍCULOS Y EQUIPOS ELECTRÓNICOS", SE REALIZAN LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES ESPECÍFICAMENTE EN LOS SIGUIENTES PUNTOS, QUEDANDO REDACTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

EN LA SECCION III – CRITERIOS DE EVALUACION - EN EL PUNTO 2 REQUISITOS PARA CALIFICACIÓN POSTERIOR (IAO 32.2) – (a) CAPACIDAD FINANCIERA, EN CUANTO A LA DISPONIBILIDAD MINIMA, debe decir:

- **Disponibilidades Mínimas** al 30 de junio de 2013 Gs. 5.000.000.000 (guaraníes cinco mil millones) al 30 de junio de 2014 Gs. 6.000.000.000 (guaraníes seis mil millones) al 30 de junio de 2015 Gs. 7.000.000.000 (guaraníes siete mil millones).-

EN LA SECCION IV – FORMULARIOS
EN LOS SIGUIENTES FORMULARIOS QUEDAN REDACTADOS DE LA SIGUIENTE FORMA:

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P. y B.S.

FORMULARIO 4

Formulario de Información sobre los Miembros del Coaseguro

[El Oferente y cada uno de sus miembros deberán completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación]

Fecha: _____

I.D. N° _____

LCO Nº:_____

1. Nombre jurídico del Oferente*[indicar el nombre jurídico del Oferente]*
2. Nombre jurídico del miembro del Coaseguro) *[indicar el Nombre jurídico de cada uno de los miembros del Coaseguro]*
3. Año de constitución o incorporación del miembro del Coaseguro o Asociación: *[indicar el año de constitución o incorporación del miembro]*
4. Domicilio del miembro del Coaseguro:
5. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Coaseguro: Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado del miembro]* Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado del miembro]* Números de teléfono y fax: *[[indicar los números de teléfono y fax del representante autorizado del miembro]* Dirección de correo electrónico: *[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro]*
6. Se adjuntan los siguientes documentos: *[conforme a la cláusula 11 de las IAO]*

BRENDA DELGADILLO VESTER Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P. y B.S.

ID 320.320.-

FORMULARIO 8

Declaración Jurada

POR LA QUE EL OFERENTE GARANTIZA QUE NO SE ENCUENTRA INVOLUCRADO EN PRÁCTICAS QUE VIOLEN LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES REFERENTES AL TRABAJO INFANTIL, ESTIPULADOS EN LA CONSTITUCIÓN NACIONAL, LOS CONVENIOS 138 Y 182 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), EL CÓDIGO DEL TRABAJO, EL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, DEMÁS LEYES Y NORMATIVAS VIGENTES EN LA REPUBLICA DEL PARAGUAY.

Asunción, _____ de_____ de 2016

Señores
CENTRO MEDICO NACIONAL – HOSPITAL NACIONAL
Presente

Proceso de Contratación:	**Licitación por Concurso de Ofertas No. 12/2016**
Descripción del llamado:	**Contratación de Seguros para Vehículos y Equipos Electrónicos**
ID N°	**320.320**

De mi/nuestra consideración:

La empresa....., con RUC....., en su calidad de oferente del llamado de referencia, por medio de su/s representante/s legal/es....., con cédula/s de identidad Nº....., formula la presente DECLARACION BAJO FE DE JURAMENTO:

1. QUE no emplea/mos a niños, niñas y adolescentes en tipos de labores consideradas como trabajos prohibidos y en particular "TRABAJO INFANTIL PELIGROSO" de conformidad a lo dispuesto en el Art. 125 del Código del Trabajo, el Art. 54 del Código de la Niñez y la Adolescencia y el Decreto Nº 4951/05 que reglamenta la Ley 1657/01.
2. QUE, en caso de tomar conocimiento de alguna conducta que se aparte de las disposiciones citadas precedentemente y que involucre a nuestros proveedores de bienes y servicios que componen la cadena de producción y comercialización de lo ofertado, denunciare/mos ese hecho ante la instancia pertinente, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 5 del Código de la Niñez y la Adolescencia.
3. QUE en el caso de que emplee/mos adolescentes lo haremos de conformidad a lo que establece el **Código del Trabajo y el Código de la Niñez y de la Adolescencia, y sus disposiciones concordantes y complementarias, salvaguardando todos los derechos y garantías del mismo y teniendo presente las obligaciones que como empleador/es me/nos competen.**

RECONOCEMOS QUE cualquier violación a esta Declaración facultará a la Convocante a descalificarnos durante la etapa de evaluación de ofertas y/o rescindir el contrato respectivo cualquiera sea su etapa de ejecución, de conformidad a la forma establecida en el artículo 59 de la Ley 2051/03. En estos casos reconozco que no tendré derecho a reembolso de gastos ni a indemnización alguna y seré pasible de la aplicación del procedimiento para imposición de sanciones previsto en la ley 2051/03, independientemente de las demás responsabilidades que me pudieran generar.

Atentamente,

Firma: El/los Oferente/s **Aclaración de Firma/s**

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P. y B.S.

ID 320.320.-

( ) En el caso de que emplee/mos adolescentes trabajadores/as entre 14 y 17 años, adjunto/amos copia del Registro del Adolescente Trabajador/a, de conformidad a lo que establece 55 del Código de la Niñez y la Adolescencia.

El presente texto no podrá ser modificado ni alterado, siendo de **Carácter Formal** su presentación.

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P. y B.S.

ID 320.320.-

FORMULARIO 9

Historial de Adjudicaciones

Formulario a ser presentado por proveedores que cuenten con adjudicaciones en instituciones públicas. Podrá reemplazar a la copia de contratos solicitados.

MEMBRETE DEL OFERENTE

Fecha: __/____/____

Procedimiento: **Licitación por Concurso de Ofertas No. 12/2016**
Descripción: **Contratación de Seguros para Vehículos y Equipos Electrónicos**
ID **ID 320.320**

A: CENTRO MEDICO NACIONAL – HOSPITAL NACIONAL

A través de la presente, detallamos las adjudicaciones que se encuentran publicadas en el Sistema de Contrataciones Públicas:

ID	Entidad Convocante	Descripción del llamado	Monto del Contrato	Fecha

Nombre _____
En calidad de _____

Firma _____

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de _____
El día _____ del mes de _____ de

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P. y B.S.

ID 320.320.-

FORMULARIO 10

Proforma de nota – Entrega de documentos formales

Nota a ser presentada a la Suoc (S4) al momento de proceder a la entrega de documentaciones de carácter formal, de ser solicitados por el Comité de Evaluación. .

MEMBRETE DEL OFERENTE

Fecha: __/____/____

Señores
SUB UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES (S4)
HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ
Presente

Procedimiento:	**Licitación por Concurso de Ofertas No. 12/2016**
Descripción:	**Contratación de Seguros para Vehículos y Equipos Electrónicos**
ID	**ID 320.320**

A: SUB UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES (S4) – HOSPITAL NACIONAL

Por la presente, hago entrega de las siguientes documentaciones formales solicitadas por nota SUOC (S4) No. en fecha .-

Las documentaciones son las siguientes:

a) Folio No.
b) Folio No.
c) Folio No.

Se acompañan ( ) fojas útiles, firmadas por el representante legal autorizado.
Sin otro motivo particular, aprovecho la oportunidad para saludarlos.

Nombre _____
En calidad de _____

Firma _____

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P.Y.B.S.

ID 320.320.-

FORMULARIO 11

NOMINA DE SOCIOS/REPRESENTANTES LEGALES

Lugar y fecha: _____

Procedimiento: Licitación por Concurso de Ofertas No. 12/2016
Descripción: Contratación de Seguros para Vehículos y Equipos Electrónicos
ID ID 320.320

SEÑORES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
PRESENTE

(Nombre del Oferente) quien suscribe/n, declaro/amos Bajo Fe de Juramento la nómina de Miembros de la Sociedad, Representantes con poder suficiente para la firma de ofertas y Representantes Legales, de acuerdo a modalidad que corresponda (S.A., S.R.L., etc.):

Nombre y Apellido	C.I.N°

La presente información se brinda a efectos de dar cumplimiento al Art. 40, Inciso "a" y "b" de la Ley N° 2.051/03, De Contrataciones Públicas y la Resolución DNCP N° 849/2.015, de fecha 27 de marzo de 2.015, de la Dirección Nacional de Contrataciones Publicas.-

Se adjuntan fotocopias de Cedula de Identidad de las personas citadas anteriormente.-

Nombre _____
En calidad de _____
Firma _____

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P. y B.S.

ID 320.320.-

EN LA PARTE 2 – SUMINISTROS REQUERIDOS, SECCIÓN V. PROGRAMA DE SUMINISTROS – EN EL PUNTO N° 3 ESPECIFCACIONES TECNICAS, se agrega el siguiente texto:

La Vigencia del Contrato será por 1 (un) año.-

EN LA PARTE 3 – CONTRATO, QUEDA REDACTADA DE LA SIGUIENTE MANERA:

PARTE 3 - Contrato

Nota: Se deja expresa constancia que la Póliza de Seguros emitida por la adjudicada es el contrato en el presente proceso.

OBSERVACION: La enmienda descrita prevalecerá sobre lo estipulado en el Pliego de Bases y Condiciones, y será obligatoria para todos los licitantes.

ITAUGUÁ, 02 DE DICIEMBRE DE 2016.-

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones S4
Hospital Nacional - M.S.P.

BRENDA DELGADILLO VESTER, Directora
Sub Unidad Operativa de Contrataciones (S4)