San Lorenzo, 20 de abril de 2016

**ADENDA N° 01**

En referencia al Llamado con ID Nº **304.652 Contratación Directa Nº 06/2016 "ADQUISICION DE INSUMOS PARA ENFERMERIA"**, con el objeto de poner a conocimiento lo siguiente:

**MODIFICACIONES A LA CARTA INVITACION:**

## Anexo B

## Datos de la Contratación (DDLC)

7. **Fecha y hora límites para realizar consultas: 22 de abril de 2016, hora tope de consultas 09:00**

**17. Para propósitos de la presentación de las ofertas: La dirección de la Convocante es:** *Calle Ciencias Veterinarias N° 265 c/ Ruta Mcal. Estigarribia Km 10 ½ - San Lorenzo.*

*"De no contar con un mínimo de 3 (tres) ofertas al vencimiento del plazo de entrega, la Autoridad competente de la Entidad, bajo su exclusiva responsabilidad, podrá disponer la evaluación de las que se hubieren presentado, sin necesidad de realizar una prórroga, debiendo en todo los casos asegurar al Estado Paraguayo las mejores condiciones de contratación, o prorrogar la fecha de entrega y apertura de ofertas, según lo estipulado en las Resoluciones DNCP Nº 522/2015, 805/2009 y el Art. 34 de la Ley 2.051/03 "De Contrataciones Públicas".*

Atención: ***Lic. Damaris Ocampo***

*Dirección:* ***Calle Ciencias Veterinarias 265 km 10 ½.***
*Número del Piso/Oficina:* ***Dirección Operativa de Contrataciones (Portería N° 2).***
*Ciudad:* ***San Lorenzo, Paraguay***
*Código postal: No aplica.*
*La fecha límite para presentar las ofertas es:*
*Fecha:* ***26 de abril de 2016***
*Hora:* ***08:20 a.m.***

**18. La apertura de las ofertas tendrá lugar en: Dirección:** *Calle Ciencias Veterinarias N° 265 c/ Ruta Mcal. Estigarribia Km 10 ½ - San Lorenzo.*

*Número de Piso/Oficina: Dirección Operativa de Contrataciones – SENACSA.*
*Ciudad: San Lorenzo, Paraguay*
*Fecha:* ***26 de abril de 2016 Hora: 08:40 a.m.***

**20. Para la evaluación y comparación de las ofertas, la Convocante utilizará los siguientes criterios:**

De conformidad al artículo 34, penúltimo párrafo de la Ley N° 2051/03 *"De Contrataciones Públicas"*, las ofertas se aceptarán siempre que provengan de personas físicas o jurídicas que cuenten con la solvencia técnica, económica y legal suficiente para responder a los compromisos asumidos frente al Estado Paraguayo y que su actividad comercial o industrial se encuentre vinculada con el tipo de bienes, servicios u obras a contratar.

**a) Capacidad legal:**

- No estar comprendido en las prohibiciones o limitaciones para contratar. Se verificará el cumplimiento de los incisos contenidos en las inhabilidades del Art. 40, y de conformidad a la Resolución DNCP N° 849/2015:
  - a) Se verificará los registros del personal de la convocante para detectar si el Oferente o sus representantes, se hallan comprendidos en el presupuesto del inciso "a" del artículo 40.
  - b) Se verificará por los medios disponibles, si el Oferente y los demás sujetos individualizados en las prohibiciones contenidas en la Ley N° 1626/00 "De la Función Pública", aparecen en la base de datos del SINARH o bien de la Secretaria de la Función Pública. Este requisito se acredita con la documentación indicada en el **Anexo E;**
- Tener capacidad legal para presentar ofertas y ejecutar el contrato. Este requisito se acredita con la documentación indicada en el **Anexo E;**

**b) Evaluación del precio ofertado.**

**Durante la evaluación de las ofertas, luego de haber realizado la corrección de errores aritméticos y ordenar las ofertas de menor a mayor, conforme los precios ofertados, el Comité precederá a solicitar a los oferentes cuyas ofertas se encuentren situadas por debajo del treinta por ciento (30%) o por encima del veinte por ciento (20%) de la estimación del costo preparada por la Convocante y difundida con el llamado a contratación, una explicación detallada de la composición del precio ofertado. Si el oferente no respondiese la solicitud, o la respuesta no sea suficiente para justificar el precio ofertado del bien, obra o servicio, el precio será declarado inaceptable y la oferta rechazada. El análisis de los precios, con esta metodología, será aplicado a cada precio ítem, rubro o partida que tenga la oferta, independientemente del sistema de adjudicación adoptado por el llamado (por el total, lotes, ítems).**

**c) Capacidad financiera:**

Con el objetivo de calificar la situación financiera actual del oferente, se consideraran los siguientes índices para todos los Ítems:

a. Ratio de Liquidez: activo corriente / pasivo corriente
   **Deberá ser igual o mayor que 1, en promedio, en los 3 últimos años (2012, 2013, 2014)**
b. Endeudamiento: pasivo total / activo total
   **No deberá ser mayor a 0,80 en promedio, en los 3 últimos años (2012, 2013, 2014)**
c. Rentabilidad: Porcentaje de utilidad después de impuestos o pérdida con respecto al Capital
   **El promedio en los últimos 3 años, no deberá ser negativo (2012, 2013, 2014).**

Este requisito se acredita con la documentación indicada en el **Anexo E;**

**d) Capacidad técnica**

*NO APLICA.-*

**e) Experiencia:**

- ✓ Antigüedad de la Empresa como mínimo tres (3) años. Contratos ejecutados y/o facturaciones de provisión de medicamentos e insumos de enfermería, **acompañado de las documentaciones expedidas por la contratante que acredite un desempeño satisfactorio**, podrán presentarse la cantidad de contratos y/o facturaciones que fuesen necesarios para acreditar el volumen en promedio de los dos últimos años (2014 y 2015) del 50 % (cincuenta por ciento) del monto total de la oferta como mínimo, los mismos podrán ser de entidades públicas o privadas.

- ✓ Habilitación vigente, para importar y/o comercializar Insumos e Instrumentales Médicos-Hospitalarios, emitida por la Autoridad Sanitaria competente de nuestro país, o Constancia de Renovación de dicho documento.

- ✓ Copia autenticada del acta de fijación de precios, expedida por la Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en forma legible y emitida con anterioridad a la fecha de apertura, según corresponda.(El precio ofertado no deberá superar el 65% del precio fijado).

- ✓ El oferente deberá presentar el listado del/los producto/s habilitado/s, para importar y comercializar Vigente, expedida por el MSP y BS o Constancia de la Solicitud de Renovación de dicho documento, en el que deberá constar el producto ofertado, indicando con resaltador el mismo, según corresponda.

- ✓ Habilitación vigente como fabricante, importador, representante, distribuidor de especialidades farmacéuticas, expedida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según corresponda.

- ✓ Certificado de Buenas Prácticas de fabricación y/o almacenamiento según corresponda, según corresponda, vigente.

✓ Registro Sanitario vigente de especialidades farmacéuticas.

# Anexo C
# Especificaciones técnicas de los bienes o servicios a ser adquiridos

1. **Especificaciones Técnicas**

**1.1 OBJETO.**

El objeto de la presente especificación técnica es establecer las condiciones que deberán reunir los medicamentos e insumos solicitados por el SENACSA.

**1.2 ALCANCE DEL SUMINISTRO**

El suministro objeto de la presente Contratación consiste en la adquisición de Medicamentos e Insumos para la Enfermería, conforme a las siguientes características:

| Ítem | Descripción | Especificaciones técnicas | Presentación |
|---|---|---|---|
| 1 | Acido Acetil Salicílico - Comprimido | 125mg | Blíster |
| 2 | Adrenalina ampolla | 1mg/ml | Ampolla |
| 3 | Agua Oxigenada Solución | 10 volúmenes para uso medicinal (desinfectante) | Frasco x 1000 ml como mínimo |
| 4 | Alcohol gel | Alcohol gel al 60 % como mínimo desinfectante de uso externo | Frasco x 500 ml como mínimo |
| 5 | Alcohol Rectificado (o Etílico) - Solución | al 96 % | Frasco x 1000 ml como mínimo |
| 6 | Algodón hidrófilo | Algodón hidrófilo absorbente para uso medicinal externo | Paquete x 500 gr. Como mínimo |
| 7 | Paracetamol+ pseudoefedrina,+Asociado - Comprimido - Antigripal | Paracetamol500mg+Pseudaefedrina60mg+Amantadina50mg+Clorfeniramina4mg | Blíster |
| 8 | **Propinoxato + Clonixinato de Lisina Comprimido - Antiespamodico** | **Propinoxato 10 mg + Clonixinato de Lisina 125 mg** | **Unidades** |
| 9 | Banda Adhesiva | adhesivo microperforado, impermeable, hipoalergenico, con una parte alcolchada no adherente | Caja x 100 unidades como mínimo |
| 10 | Clorfeniramina Maleato comprimido | Clorfeniramina maelato 4 mg antistaminico | Blíster |
| 11 | **Bifonazol + Sulfato de Gentamicina + Dexametasona inyectable** | **Bifonazol + sulfato de gentamicina + dexametasona 2 mg inyectable** | **Ampolla** |
| 12 | Diclofenac comprimido | Antiinflamatorio, analgesico 50mg | Blíster |
| 13 | N-butilbromuro de hioscina +Dipirona - comprimido | Dipirona250 mg+ bromuro de N-batil hioscina 10 mg | Blíster |
| 14 | Domperidona gotas | Domperidona 10 mg exipientes csp 1 ml | Frasco Gotero |
| 15 | Enalapril maleato comprimido | Enalaprilato maleato 20 mg/ml antihipertensivo | Blíster |
| 16 | Equipo volutrol macrogotero para soluciones | Para ingresar por via intravenosa, ya sea periférica o central, la infusión continua de soluciones | Unidades |
| 17 | Fitomenadiona/Vitamina K solución inyectable | 12,5 mg/ml | Ampolla |
| 18 | Furosemida comprimido | Furosemida 100 mg + excipientes csp | Blíster |
| 19 | Gasa hidrófila | Gasa absorbente de uso hospitalario, no estéril | Rollo de 40 metros como mínimo |
| 20 | Gasa Furasinada | Gasa embebida en pomada (Nitrofurazona 0,2 %) para uso medico, curaciones producidas por quemaduras y otro tipo de heridas | Paquete de 10 unidades como mínimo |
| 21 | Goma de ligar | Banda Elástica estándar para uso en caso de extracciones de | Unidades |



CIENCIAS VETERINARIAS N° 265 CASI RUTA MCAL. ESTIGARRIBIA KM 10,5
Casilla de Correo: CAPY – 1101 – 1110 CAMPUS UNA - 2169
SAN LORENZO – PARAGUAY

Teléfonos: + 595 21 574501 / +595 21 501374 / +595 21 505727 / +595 21 576435 / +595 21 507862
Fax: +595 21 574501 / +595 21 507863

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | sangre | |
| 22 | Iodopovidona Jabón Liquido | Iodopovidona 10% antiséptico-bactericida, desinfectante-fungicida. | Frasco x 1000 ml como mínimo |
| 23 | Iodopovidona Solución | desinfectante x 1000 cc | Frasco |
| 24 | Ibuprofeno comprimido | ibuprofeno 400mg | Blíster |
| 25 | Jeringa desechable con aguja | Jeringa 20 ml con aguja de 5 ml | Unidades |
| 26 | Jeringa para insulina | Jeringa para insulina 1 ml | Unidades |
| 27 | Ketorolac inyectable | Ketorolac inyectable 60mg/ml | Ampolla |
| 28 | Esparadrapo | Leukoplast antialérgico-ESPARADRAPO tamaño mediano | Unidades |
| 29 | Paracetamol - comprimido | Paracetamol 500 mg comprimido | Blíster |
| 30 | Prednisona - Comprimido | Prednisona 50mg corticosteroide, comprimido | Blíster |
| 31 | Catéter intravenoso periférico | Catéter intravenoso periférico N° 22 punzocath | Unidades |
| 32 | Catéter intravenoso periférico | Catéter intravenoso periférico N° 24 punzocath | Unidades |
| 33 | Catéter intravenoso periférico | Catéter intravenoso periférico N° 20 punzocath | Unidades |
| 34 | Ranitidina - comprimido | Ranitidina 150 mg (como ranitidina HCl) excipiente csp 1 comp recubierto | Unidades |
| 35 | Salbutamol aerosol | 100mcg para 200 dosis como mínimo | Frasco Aerosol |
| 36 | Simeticona gotas | 75 mg/ml | frasco gotero |
| 37 | **Suero Fisiológico Solución** | **Cloruro de sodio al 9%** | **Frasco de 1000 ml como mínimo** |
| 38 | **Dextrosa hipertónica - solucion parenteral** | **Dextrosa hipertónica - solución parenteral (Suero Glucosado) al 5%** | **Unidades** |
| 39 | **Amoxicilina capsula** | **Amoxicilina 500 mg capsula** | **Blister** |
| 40 | Guante Quirúrgico | Guante de cirugía estéril 71 1/2 | Unidades |
| 41 | Rifamicina spray | de 10 miligramos en spray | Unidades |
| 42 | **Botiquín de medicamentos** | **Caja de botiquín de madera, colgante, con capacidad suficiente para albergar todo el contenido:**<br>**• Algodón Paquete de 25 grs.**<br>**• Mercuro cromo Frasco de 30cc**<br>**• Alcohol rectificado Vol 96% Frasco de 125cc**<br>**• Agua Oxigenada 10 vol Frasco de 125cc**<br>**• Gasa estéril Frasco x 20 unid.**<br>**• Esparadrapo de 2,5cm.ancho x 5mts. Largo**<br>**• Venda de gasa hidrófila tipo Cambric 7cm de ancho x 5mts. De largo**<br>**• Bandas Adhesivas, paquete x 10 unid**<br>**• Hoja de Bisturí N° 18**<br>**• Mango de Bisturí para hoja N° 18**<br>**• Alcohol en gel, desinfectante, bactericida, antiséptico, con tapa disk top, de contenido 100cc**<br>**• Repelente de insectos en spray, Frasco de 150cc.**<br>**• Un par de guantes estéril de látex N°8 para procedimientos.**<br>**• Alcohol Boricado; Frasco de 30cc**<br>**• Antiácido efervescente Composición: ácido acetil salicílico, Ácido cítrico y bicarbonato de sodio; 5 sobres x 2 unidades.**<br>**• Domperidona/Simeticona, frasco x 30ml**<br>**• Paracetamol 500, Ibuprofeno 400, blister x 10 COMPRIMIDOS c/u**<br>**• Sulfaguanidina + bismuto + asociado comprimido - blister x 10 comprimidos**<br>**• Goma de látex para torniquete de 30 cms de longitud.**<br>**• Tablilla de madera para torniquete; longitud máx. 20cms.**<br>**• Clorfeniramina 4 mg; blister x 10 comprimidos**<br>**• Salicilato de metilo ungüento en frasco de 40gr.**<br>**• Oxido de zinc 25 g. pasta en frasco de 40 gr.**<br>**• Iodopovidona solución en frasco de 30cc**<br>**• Venda elástica 5 cm de ancho**<br>**• Termómetro de mercurio** | **Unidades** |

# Anexo D
## Formularios

## FORMULARIO Nº 1

***Formulario de Oferta.***

*[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones al contenido de este formulario ni se aceptarán substituciones.]*

Fecha: _____
CD No.: _____
ID No.: _____

A: __ (*Indicar nombre del Convocante*) _____

Nos dirigimos a ustedes en el procedimiento de contratación directa de referencia, con el objeto de presentar oferta y declarar bajo juramento cuanto sigue:

**a)** Hemos examinado y no tenemos objeción alguna a las condiciones de este procedimiento de contratación directa, incluyendo las adendas publicadas.

**b)** No nos encontramos comprendidos en las prohibiciones o limitaciones para contratar establecidas en el artículo 40 de la Ley N° 2051/03;

**c)** Nos abstenemos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados del Convocante en el presente llamado, induzcan o alteren las exigencias del llamado, las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento, la ejecución contractual u otros aspectos que pudieran otorgarnos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, como por ejemplo, y de manera enunciativa y no limitativa, el soborno y la colusión;

**d)** Contamos con las calificaciones requeridas para ejecutar el contrato.Asumimos el compromiso de comunicar por medios fehacientes alConvocante, de manera inmediata a su surgimiento, cualquier alteración en la situación jurídica respecto de las citadas inhabilidades, dejando expresa constancia que independiente a esta situación, automáticamente resta eficacia y validez a la presente;

**e)** Hemos verificado toda la documentación que compone nuestra oferta y conocemos el contenido de los mismos, incluso de aquellos gestionados por terceros para nosotros, y autorizamos a la Convocante a confirmar la información por nosotros suministrada en nuestra oferta, a través de cualquier fuente pública o privada de información;

**f)** 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 (o la Orden de compra) haya sido perfeccionado por las partes;

**g)** Entendemos que la Convocante tiene el derecho de cancelar o declarar desierto el procedimiento de contratación o rechazar todas las ofertas en cualquier momento con anterioridad a la adjudicación del Contrato, conforme con lo dispuesto en los artículos 30 y 31 de la Ley Nº 2051/03 de Contrataciones Públicas, sin que por ello incurra en responsabilidad alguna frente a los Oferentes;

**h)** Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en el punto 13 del Anexo B, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas. Esta oferta nos obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento hasta antes del término de dicho período;

**i)** En las condiciones requeridas en los documentos de este procedimiento de contratación directa, ofrecemos proveer los Bienes/Servicios cuya descripción y precios unitarios y

totales, incluidos los tributos o gravámenes que correspondieran, se indican en la planilla siguiente:

## Lista de Precios

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Fecha: _____ | |
| | | | | | | | | CD No:_____ | |
| Ítem | Código Catálogo | Descripción del Bien | Marca | Procedencia | Unidad de Medida | Cantidad | Presentación | Precio unitario (IVA incluido) | Precio Total (IVA incluido) |
| 1 | 51142002-001 | Acido Acetil Salicílico - Comprimido | | | UNI | 269 | Blíster | | |
| 2 | 51151703-001 | Adrenalina ampolla | | | UNI | 10 | Ampolla | | |
| 3 | 51102709-001 | Agua Oxigenada Solución | | | UNI | 100 | Frasco x 1000 ml como mínimo | | |
| 4 | 12352104-005 | Alcohol gel | | | UNI | 100 | Frasco x 500 ml como mínimo | | |
| 5 | 51102710-002 | Alcohol Rectificado (o Etílico) - Solución | | | UNI | 100 | Frasco x 1000 ml como mínimo | | |
| 6 | 42312301-001 | Algodón | | | UNI | 200 | Paquete x 500 gr. Como mínimo | | |
| 7 | 51142001-010 | Paracetamol+ pseudoefedrina,+Asociado - Comprimido - Antigripal | | | UNI | 400 | Blíster | | |
| 8 | 51172111-022 | Propinoxato + Clonixinato de Lisina Comprimido - Antiespasmódico | | | UNI | 200 | Unidades | | |
| 9 | 42311708-002 | Banda Adhesiva | | | UNI | 100 | Caja x 100 unidades como mínimo | | |
| 10 | 51161630-006 | Clorfeniramina Maleato comprimido | | | UNI | 400 | Blíster | | |
| 11 | 51181704-005 | Bifonazol + Sulfato de Gentamicina + Dexametasona inyectable | | | UNI | 30 | Ampolla | | |
| 12 | 51142121-001 | Diclofenac comprimido | | | UNI | 400 | Blíster | | |
| 13 | 51172111-017 | N-butilbromuro de hioscina +Dipirona - comprimido | | | UNI | 200 | Blíster | | |
| 14 | 51172111-003 | Domperidona gotas | | | UNI | 80 | Frasco Gotero | | |
| 15 | 51121715-002 | Enalapril maleato comprimido | | | UNI | 600 | Blíster | | |
| 16 | 42222001-002 | Equipo volutrol macrogotero para soluciones | | | UNI | 10 | Unidades | | |
| 17 | 51131807-005 | Fitomenadiona/Vitamina K solución inyectable | | | UNI | 10 | Ampolla | | |
| 18 | 51191510-001 | Furosemida comprimido | | | UNI | 50 | Blíster | | |
| 19 | 42311511-001 | Gasa hidrófila | | | UNI | 100 | Rollo de 40 metros como mínimo | | |
| 20 | 42311511-004 | Gasa Furasinada | | | UNI | 150 | Paquete de 10 unidades como mínimo | | |
| 21 | 41122413-001 | Goma de ligar | | | UNI | 2 | Unidades | | |
| 22 | 51102722-002 | Iodopovidona Jabón Liquido | | | UNI | 20 | Frasco x 1000 ml como mínimo | | |
| **23** | **51102722-001** | **Iodopovidona Solución** | | | UNI | 20 | Frasco | | |
| 24 | 51142106-002 | Ibuprofeno comprimido | | | UNI | 300 | Blíster | | |
| 25 | 42142609-001 | Jeringa desechable con aguja | | | UNI | 11 | Unidades | | |



CIENCIAS VETERINARIAS N° 265 CASI RUTA MCAL. ESTIGARRIBIA KM 10,5
Casilla de Correo: CAPY – 1101 – 1110 CAMPUS UNA - 2169
SAN LORENZO – PARAGUAY

Teléfonos: + 595 21 574501 / +595 21 501374 / +595 21 505727 / +595 21 576435 / +595 21 507862
Fax: +595 21 574501 / +595 21 507863

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | 42142609-001 | Jeringa para insulina | | | UNI | 50 | Unidades | | |
| 27 | 51142138-001 | Ketorolac inyectable | | | UNI | 100 | Ampolla | | |
| 28 | 42311708-001 | Esparadrapo | | | UNI | 10 | Unidades | | |
| 29 | 51142001-002 | Paracetamol - comprimido | | | UNI | 300 | Blíster | | |
| 30 | 51181713-002 | Prednisona - Comprimido | | | UNI | 30 | Blíster | | |
| 31 | 42221504-003 | Catéter intravenoso periférico | | | UNI | 10 | Unidades | | |
| 32 | 42221504-003 | Catéter intravenoso periférico | | | UNI | 10 | Unidades | | |
| 33 | 42221504-003 | Catéter intravenoso periférico | | | UNI | 10 | Unidades | | |
| 34 | 51171917-002 | Ranitidina - comprimido | | | UNI | 300 | Unidades | | |
| 35 | 51161508-003 | Salbutamol aerosol | | | UNI | 40 | Frasco Aerosol | | |
| 36 | 51171505-001 | Simeticona gotas | | | UNI | 100 | frasco gotero | | |
| 37 | 51191602-002 | Suero Fisiológico Solución | | | UNI | 100 | Frasco de 1000 ml como mínimo | | |
| 38 | 51191601-001 | Dextrosa hipertónica - solución parenteral | | | UNI | 10 | Unidades | | |
| **39** | **51101511-019** | **Amoxicilina capsula** | | | UNI | 50 | Blíster | | |
| 40 | 42132205-001 | Guante Quirúrgico | | | UNI | 50 | Unidades | | |
| 41 | 51101533-001 | Rifamicina spray | | | UNI | 24 | Unidades | | |
| 42 | 42171903-001 | Botiquín de medicamentos | | | UNI | 50 | Unidades | | |
| | | | | | | | **** Precio Total:** | | |

***Campo a ser completado por la Convocante**
****Campo a ser completado por el Oferente**

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [*indicar el nombre completo del Oferente]*

El día _____ del mes _____ del año _____ *[indicar la fecha de la firma*

## FORMULARIO Nº 6

**Autorización del Fabricante, Representante o Distribuidor.**

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

*[Este Formulario podrá ser reemplazado por la documentación que pruebe fehacientemente que el Oferente es Representante o Distribuidor de la marca del bien ofertado]*

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

CD No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

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

POR CUANTO

Nosotros *[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 y dirección del Oferente]* a presentar una oferta con el propósito de suministrar los siguientes bienes de fabricación nuestra *[nombre y breve descripción de los bienes]*, y a posteriormente firmar el contrato.

Cuando existan servicios conexos como parte del contrato, reconocemos que *[indique el nombre del Oferente]* cuenta con la capacidad para llevarlos a cabo.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Firma: _____

*[firma del(los) representante(s) autorizado(s) del fabricante]*

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 20__ *[fecha de la firma*

## FORMULARIO Nº 10

**"CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD LEGAL"**
**DECLARACIÓN JURADA DE NO ENCONTRARSE COMPRENDIDO EN LA PROHIBICIÓN PREVISTA EN LOS INCISOS "A Y B" DEL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 2051/03 de CONTRATACIONES PÚBLICAS**
**Resolución DNCP N° 849/15**
**Declaración Jurada**

Fecha: _____

Proceso de Contratación: _____

Descripción del llamado: _____

ID (Portal): _____

A la Convocante:_____

## CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LEGAL

[*El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes y adjuntar los documentos requeridos. Podrán agregarse más líneas si es requerido*]

Página _____ de _____ páginas

| **Para Personas Físicas:** | | |
|---|---|---|
| Nombre del Oferente: | *[indicar el nombre completo del oferente]* | |
| Documento de Identidad del Oferente: | *[indicar número de cédula de identidad del oferente]* | |
| Nombre del Representante autorizado del Oferente: | *[indicar el nombre del representante autorizado]* | |
| Documento de Identidad del representante autorizado: | *[indicar el número de cédula del representante autorizado]* | |
| **Para Personas Jurídicas:** | | |
| Razón Social: | *[indicar el nombre indicar el nombre legal del Oferente]* | |
| Nombre del Representante autorizado de la Sociedad: | *[indicar el nombre del representante autorizado]* | *[indicar el número de cédula del representante autorizado]* |
| Socio 1: | *[indicar el nombre del socio]* | *[indicar el número de cédula del socio]* |
| Socio 2: | *[indicar el nombre del socio]* | *[indicar el número de cédula del socio]* |
| Socio 3: | *[indicar el nombre del socio]* | *[indicar el número de cédula del socio]* |
| Socio 4: | *[indicar el nombre del socio]* | *[indicar el número de cédula del socio]* |
| Socio 5: | *[indicar el nombre del socio]* | *[indicar el número de cédula del socio]* |

**OBSERVACIONES:**

- Adjuntar Fotocopia simple de cada uno de los mencionados en este Formulario.
- Adjuntar Poder que acredite representación legal.
- Adjuntar Escritura Legal para la verificación de socios.
- Si se trata de un Consorcio, indicar los mismos datos requeridos para personas jurídicas de cada miembro del Consorcio.

*Atentamente.*

***LIC. DAMARIS OCAMPO BYKOV***
***Directora Operativa de Contrataciones***
***SENACSA***