# Anexo D

## *FORMULARIOS ESTÁNDAR*

### "ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS"

### CUARTA VERSIÓN

**Aprobado por Resolución DNCP N° 2115 de fecha 18 de mayo 2021**



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
HOSPITAL GENERAL
ADMINISTRACION
San Lorenzo

Administrador
Hosp. Gral. de San Lo

Escaneado con CamScanner

# Índice

**FORMULARIO Nº 1**.....

Declaración Jurada de Mantenimiento de Oferta.....

**FORMULARIO Nº 2**.....

Garantía de Anticipo.....

**FORMULARIO Nº 3**.....

Declaración Jurada de Fiel Cumplimiento de Contrato.....

**FORMULARIO Nº 4**.....

Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato.....

**FORMULARIO Nº 5**.....

Autorización del Fabricante.....

**FORMULARIO Nº 6**.....

Declaración de Miembros.....

**FORMULARIO Nº 7**.....

Modelo de Orden de Compra.....



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL • HOSPITAL GENERAL • ADMINISTRACION • San Lorenzo

David Vargas
Administrador
Hosp. Gral. de San Lorenzo

Escaneado con CamScanner

## FORMULARIO Nº 1

### DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO DE OFERTAS

*[El Oferente utilizará este formulario para garantizar el mantenimiento de la oferta]*

ID.:_____

A: _____ *[nombre completo de la Convocante]*

Yo, quien suscribe, declaro bajo Fe de Juramento que he presentado oferta en representación *de [nombre o razón social de la firma]* para la Contratación Directa con número de ID_____, para el suministro de_____.

Asimismo, dejo constancia que con la presentación de mi oferta he contraído una obligación con (indicar la Convocante) por la suma de _____, que pagaré a la misma en los siguientes casos:

a. Si retiro mi oferta durante el período de validez de la misma;
b. Si no acepto la corrección aritmética del precio de mi oferta;
c. Si en mi carácter de adjudicatario no procedo, por causa que me fuera imputable a:
   i. Firmar el contrato o rechazar la Orden de Compra; o
   ii. Suministrar la garantía de cumplimiento de contrato;
   iii. Presentar los certificados expedidos por las autoridades competentes que me sean requeridos por la Convocante para comprobar que no me encuentro comprendido en las prohibiciones o limitaciones para contratar con el Estado, conforme al artículo 40 de la Ley N° 2051/03 de Contrataciones Públicas, modificado por Ley N° 6716/2021.
d. Cuando se comprobare que las declaraciones juradas presentadas con mi oferta sean falsas; o
e. Si en mi carácter de adjudicatario no presentare las legalizaciones correspondientes, cuando éstas sean requeridas para la firma del contrato o para emitir la Orden de Compra.

Me obligo a pagar a la Convocante, hasta el monto arriba indicado, contra recibo de la primera solicitud por escrito por parte de la Convocante, sin que ésta tenga que justificar su demanda. El pago se condiciona a que la Convocante haga constar en su solicitud la suma adeudada en razón de que ha ocurrido por lo menos una de las condiciones antes señaladas, y de que indique expresamente las condiciones en que se hubiesen dado.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL HOSPITAL GENERAL ADMINISTRACION San Lorenzo

David [illegible]
Administrador
Hosp. Gral. de San Lorenzo

Escaneado con CamScanner

Esta garantía permanecerá en vigor durante el plazo indicado en las bases y condiciones, y toda reclamación pertinente deberá ser recibida por el Garante a más tardar en la fecha indicada.

Nombre _____

En calidad de_____

Firma _____

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de _____

El día _____ del mes de _____ de _____.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
HOSPITAL GENERAL
ADMINISTRACION
San Lorenzo

David E...
Administrador
Hosp. Gral. de San Lorenzo

Escaneado con CamScanner

## FORMULARIO Nº 2

### GARANTÍA DE ANTICIPO

*[Formulario a utilizarse exclusivamente cuando se instrumente por Garantía Bancaria]*

ID No.: _____

A: _____ *[nombre completo de la Convocante]*

De acuerdo con lo establecido en el Contrato, en relación con pagos de anticipos, _____ (en lo sucesivo denominado "el Proveedor") suministrará a la Contratante una garantía _____, para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones del Contrato, por la suma de _____.

Nosotros los suscritos _____, de _____, con domicilio legal en _____ (en lo sucesivo denominado "el Garante"), en cumplimiento de instrucciones recibidas del Proveedor, nos obligamos incondicional e irrevocablemente a garantizar, en calidad de obligados principales y no como simple fiadores, a pagar a la Contratante, contra su solicitud y sin derecho a objeción alguna de nuestras partes y sin que la Contratante tenga que presentar primero una reclamación ante el Proveedor, una suma que no excederá de _____.

Esta garantía permanecerá válida y en pleno vigor desde la fecha en que el Proveedor reciba el anticipo en virtud del Contrato hasta el día _____ de _____ de _____.

Nombre _____

En calidad de_____

Firma _____

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de_____



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL HOSPITAL GENERAL ADMINISTRACION San Lorenzo

Administrador

Escaneado con CamScanner

## FORMULARIO Nº 3

### DECLARACIÓN JURADA DE FIEL CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

*[El Proveedor utilizará este formulario si opta por garantizar el cumplimiento de contrato por Declaración Jurada, cuando la Convocante así lo permita en la Carta de Invitación]*

ID No.: _____

A: *[Nombre completo de la Contratante]*

Yo, quien suscribo, declaro bajo Fe de Juramento que en mi carácter de adjudicatario del procedimiento de Contratación Directa con número de ID _____, para el suministro de _____, garantizo el cumplimiento de todas las obligaciones que me competen en virtud al contrato u orden de compra emitido.

DECLARO que en virtud a lo dispuesto en la Carta de Invitación, la suma garantizada a favor de la Contratante, asciende a un monto máximo de *[indicar monto en número y letras]* y me obligo a pagar a la Contratante sin argumentaciones ni objeciones, y sin necesidad de que la Contratante pruebe o acredite la causa o razones que sustentan la reclamación de la suma indicadas, contra su solicitud escrita, en el que se afirme que no he cumplido con alguna obligación establecida en el Contrato u Orden de Compra y que indique expresamente las condiciones en que se hubiesen dado.

Esta garantía es válida hasta el _____del mes de _____de_____.

Nombre _____

En calidad de Proveedor:

Firma: _____

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de _____



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL HOSPITAL GENERAL ADMINISTRACION San Lorenzo

Administrador

Escaneado con CamScanner

## FORMULARIO Nº 4

### GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

*[Formulario a utilizarse exclusivamente cuando se instrumente por Garantía Bancaria]*

ID No.: _____

A: _____ *[nombre completo de la Convocante]*

POR CUANTO _____ (en lo sucesivo denominado "el Proveedor") se ha obligado, en virtud del Contrato Nº _____ de fecha _____ de _____ de _____ a suministrar _____ (en lo sucesivo denominado "el Contrato").

Y POR CUANTO se ha convenido en dicho Contrato que el Proveedor le suministrará una garantía _____ emitida a su favor por un garante de prestigio por la suma ahí establecida con el objeto de garantizar el fiel cumplimiento por parte del Proveedor de todas las obligaciones que le competen en virtud del Contrato.

Y POR CUANTO los suscritos _____ de _____, con domicilio legal en _____ _____, (en lo sucesivo denominados "el Garante"), hemos convenido en proporcionar al Proveedor una garantía en beneficio de la Contratante.

DECLARAMOS mediante la presente nuestra calidad de Garantes a nombre del Proveedor y a favor de la Contratante, por un monto máximo de _____ _____ y nos obligamos a pagar a la



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL HOSPITAL GENERAL San Lorenzo ADMINISTRACION

Administrador

Escaneado con CamScanner

Contratante, contra su solicitud escrita, en que se afirme que el Proveedor no ha cumplido con alguna obligación establecida en el Contrato, sin argumentaciones ni objeciones, cualquier suma o sumas dentro de los límites de _____, sin necesidad de que la Contratante pruebe o acredite la causa o razones que sustentan la reclamación de la suma o sumas indicadas.

Esta garantía es válida hasta el _____del mes de _____ de_____.

Nombre _____

En calidad de _____

Firma _____

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



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
HOSPITAL GENERAL
ADMINISTRACION
San Lorenzo

Administrador

Escaneado con CamScanner

## FORMULARIO Nº 5

### 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]*

ID 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].*



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
HOSPITAL GENERAL
ADMINISTRACION
San Lorenzo

Administrador

Escaneado con CamScanner

# FORMULARIO Nº 6

## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE MIEMBROS

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

A: *[indicar el nombre completo de la Convocante]*

Quien suscribe, en nombre de la empresa a la cual represento, declaro bajo fe de juramento que:

1. Los accionistas, cuota-partistas, propietarios, directores, gerentes, socio gerentes y quienes ejercen funciones de administración dentro de la empresa no se encuentran comprendidos en las prohibiciones y limitaciones para presentar propuestas o para contratar con el Estado establecidas en el art. 40 de la Ley N° 2051/03, modificado por Ley Nº 6716/2021.

2. Certifico que el listado de accionistas, cuota-partistas, propietarios, directores, gerentes, socio gerentes y de quienes ejercen funciones de administración en la empresa, citado a continuación, corresponde a los datos actualizados y vigentes de la empresa a la fecha de presentación de esta oferta, los cuales condicen con exactitud con la documentación y registros respectivos obrantes en mi poder.

3. Me comprometo a actualizar y comunicar, en tiempo y forma, en caso de que hubieren, las modificaciones de datos aquí consignados o de los sujetos citados, ante la Entidad Convocante, en cualquier etapa del procedimiento de contratación en el que se registren tales cambios, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes aplicables en cumplimiento de todas mis obligaciones y deberes como participante, por lo que asumo responsabilidad plena por todo lo declarado.

4. Asumo todas las consecuencias legales que correspondan en caso de falsedad, inexactitud u omisión de información alguna en esta declaración.

5. El listado de accionistas, cuota-partistas, propietarios, directores, gerentes, socio gerentes y de quienes ejercen funciones de administración en la empresa es el siguiente:

| CI N° | NOMBRES | APELLIDOS | EN CALIDAD DE | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |



Dario Estigarri
Administrador

Escaneado con CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

***Observación: Completar la casilla de "EN CALIDAD DE" indicando el carácter de accionista, cuota-partista, propietario y/o director, gerente, socio gerente u otro cargo de administración que ocupe.***

**Firma:** _____

**Aclaración:** _____

**En calidad de:** _____



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
HOSPITAL GENERAL
ADMINISTRACIÓN
San Lorenzo

Administrador
Hosp. Gral. de San Lorenzo

Escaneado con CamScanner

## FORMULARIO Nº 7

### MODELO DE ORDEN DE COMPRA

*[En procedimientos de Contratación Directa para adquisición de bienes y servicios, la norma permite a las Convocantes optar por firmar un contrato con el Proveedor, o bien, formalizarlo mediante una Orden de Compra o de Servicios. En este último caso, la Convocante deberá utilizar una de las Órdenes de Compra anexas a la Carta de Invitación, atendiendo a la forma de contratación, es decir, si es por contrato abierto o no]*



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL • Hospital General San Lorenzo • ADMINISTRACIÓN
David
Administrador
Hosp. Gral. de San Lorenzo

Escaneado con CamScanner