FORMULARIO Nº 9

GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

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

Fecha: _____
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 al 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 esta Autorización en nombre de: *[nombre completo del Oferente]*

Miguel León, Jefe
Dpto. de Proc. Complementarios y Excepciones
D.O.C. - D.G.A.F
MSP y BS

ABG. PABLO LEZCANO ROA
Director
Dirección Operativa de Contrataciones
M.S.P. y B.S.

FORMULARIO Nº 10

NOMINA DE SOCIOS / REPRESENTANTES LEGALES

LUGAR Y FECHA

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, incisos "a" y "b" de la Ley 2051/03, De Contrataciones Públicas y la RESOLUCIÓN DNCP N° 849/2015, de fecha 27 de marzo de 2015, de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas.

Se adjunta fotocopia de Cédula de identidad de las personas citadas anteriormente.

Firma:

Nombre:

Miguel León, Jefe
Dpto. de Proc. Complementarios y Excepciones
D.O.C. - D.G.A.F
MSP y BS

ABG. PABLO LEZCANO ROA
Director
Dirección Operativa de Contrataciones
M.S.P. y B.S.

FORMULARIO Nº 11

PLANILLA DE DATOS GARANTIZADOS

DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ITEM OFERTADO

DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM OFERTADO	
ITEM:.....	
NOMBRE GENÉRICO	
NOMBRE COMERCIAL	
FABRICANTE	
PROCEDENCIA/S	
ORIGEN	
Nº DE REGISTRO SANITARIO	
FORMA FARMACEUTICA	
CONCENTRACIÓN	
PRESENTACIÓN	
EMBALAJE	
TEMPERATURA DE ALMACENAMIENTO	

Sello y Firma

Miguel León, Jefe
Dptc. de Proc. Complementarios y Excepciones
D.O.C. - D.G.A.F
MSP y BS

ABG. PABLO LEZCANO ROA
Director
Dirección Operativa de Contrataciones
M.S.P. y B.S.