**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**
XVIII Región Sanitaria - Capital

PARAGUAY TODOS

*Nota Adm XVIII R.S. Nº. 272/10*

*Asunción, 31 de agosto de 2010*

*Señor*
***Abog. JORGE ZARATE,** Director Interino*
*Dirección Nacional de Contrataciones Públicas*
*Asunción – Paraguay*

*De mi mayor consideración:*

*Muy atentamente me dirijo a Ud. en mi carácter de responsable de la Sub Unidad Operativa de Contrataciones Nro. 18 – XVIII Región Sanitaria - Capital, a fin de presentar reparo al Expediente Nro. 320662 – ID: 202621 "Servicios de Vigilancia", solicitado pro Nota DNCP Nro. 16489/2010.*

*Sin otro particular, me despido de Ud. aprovechando la ocasión para saludarlo con el respeto de siempre.*

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL XVIII REGION SANITARIA ADMINISTRACION

***Lic. Graciela Villalba Cabrera***
*Administradora Regional*
*Sub Unidad de Contrataciones Nro. 18*

# *Sección I. Instrucciones a los Oferentes*
## *A. Generalidades*

***Donde Dice:***

*30. Método de Evaluación. Examen preliminar de las Ofertas*

*30.2 Serán eliminadas aquellas ofertas que no cumplan con el suministro de la siguiente documentación:*

a) *Presentación del formulario de Oferta, debidamente completado y firmado por el Oferente o su representante;*
b) *Presentación del formulario de lista de cantidades y sus precios debidamente completado y firmado por el Oferente o su representante;*
c) *Presentación de los documentos que acrediten la representación suficiente del firmante de la Oferta para comprometer al Oferente, conforme con lo requerido en la cláusula 11 de esta Sección I, IAO;*
d) *Garantía de mantenimiento de Oferta, extendida en la forma, por el monto y el plazo requeridos en los Documentos de Licitación;*
e) *Declaración jurada de no hallarse comprendido en las prohibiciones o limitaciones para contratar establecidas en el artículo 40 y de integridad conforme al artículo 20, inc. "w", ambos de la Ley N° 2051/03, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución N° 330/07 de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas.*
f) *Declaración Jurada: Por la cual se garantiza que ni el Oferente ni sus proveedores se encuentran involucrados en prácticas que violen los Derechos de los Menores 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 adolescencia, demás leyes y normativas vigentes en la República del Paraguay, conforme al formato aprobado por la Dirección Nacional de Contrataciones Publicas en la Resolución DNCP N° 941/2010*

***Debe Decir:***

*30. Método de Evaluación. Examen preliminar de las Ofertas*

*30.2 Serán eliminadas aquellas ofertas que no cumplan con el suministro de la siguiente documentación:*

a) *Presentación del formulario de Oferta, debidamente completado y firmado por el Oferente o su representante;*
b) *Presentación del formulario de lista de cantidades y sus precios debidamente completado y firmado por el Oferente o su representante;*
c) *Presentación de los documentos que acrediten la representación suficiente del firmante de la Oferta para comprometer al Oferente, conforme con lo requerido en la cláusula 11 de esta Sección I, IAO;*
d) *Garantía de mantenimiento de Oferta, extendida en la forma, por el monto y el plazo requeridos en los Documentos de Licitación;*
e) *Declaración jurada de no hallarse comprendido en las prohibiciones o limitaciones para contratar establecidas en el artículo 40 y de integridad conforme al artículo 20, inc. "w", ambos de la Ley N° 2051/03, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución N° 330/07 de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas.*

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL XVIII REGION SANITARIA ADMINISTRACION

Lic. Graciela Villalba Cabrera
Administradora
XVIII Region Sanitaria - Capital

## Sección II. Datos de la Licitación (DDL)

***Donde Dice:***

| | |
|---|---|
| *IAO 2* | *Los rubros para esta Licitación, se hallan previstos en la partida 280 del Presupuesto General de la Nación, para el ejercicio 2.010 de la Ley de Presupuesto General de la Nación, Plan Financiero y Plan de Caja para el ejercicio fiscal 2011.-* |

***Debe Decir:***

| | |
|---|---|
| *IAO 2* | *Los rubros para esta Licitación, se hallan previstos en la partida 280, Fuente de Financiamiento 10 – Recursos Institucionales del Presupuesto General de la Nación, para el ejercicio 2.010 de la Ley de Presupuesto General de la Nación, Plan Financiero y Plan de Caja para el ejercicio fiscal 2011.-* |

***Donde Dice:***

| | |
|---|---|
| *IAO 7.1* | *Para* ***aclaraciones de las ofertas,*** *solamente, la dirección de la Convocante es:*<br>***Atención:*** *Adminstracion XVIII Region Sanitaria-Capital, Sub UOC.-*<br>***Dirección:*** *Brasil y Manuel Dominguez-Edificio Ex. Primeros Auxilios-1er. piso*<br>***Ciudad:*** *ASUNCIÓN, Paraguay*<br>***Teléfono:*** *203094.-*<br>***Fax:*** *204758.-*<br>*Dirección de correo electrónico: @gmail.gov.py*<br>***La fecha y hora límites para realizar consultas es: 06/09/2010 A LAS 09:00HS*** |
| *IAO 7.2* | ***La Convocante realizará una Junta de Aclaraciones: SI (se podrá realizar la visita a los servicios de salud):***<br>***Atención:*** *Adminstracion XVIII Region Sanitaria-Capital, Sub UOC.-*<br>***Dirección:*** *Brasil y Manuel Dominguez-Edificio Ex. Primeros Auxilios-1er. piso*<br>***Ciudad:*** *ASUNCIÓN, Paraguay*<br>***Teléfono:*** *203094.-*<br>***Fax:*** *204758.-*<br>*Dirección de correo electrónico: @gmail.gov.py*<br>***La fecha y hora límites para realizar consultas es: 06/09/2010 A LAS 09:00HS*** |

***Debe Decir:***

| | |
|---|---|
| *IAO 7.1* | *Para* ***aclaraciones de las ofertas,*** *solamente, la dirección de la Convocante es:*<br>***Atención:*** *Administración XVIII Región Sanitaria-Capital, Sub UOC.-*<br>***Dirección:*** *Brasil y Manuel Domínguez-Edificio Ex Primeros Auxilios-1er. piso*<br>***Ciudad:*** *ASUNCIÓN, Paraguay*<br>***Teléfono:*** *203094.-*<br>***Fax:*** *204758.-*<br>*Dirección de correo electrónico:* ***xviii.rs.capital@gmail.com***<br>***La fecha y hora límites para realizar consultas es: 06/09/2010 A LAS 09:00HS*** |
| *IAO 7.2* | ***La Convocante realizará una Junta de Aclaraciones: SI (se podrá realizar la visita a los servicios de salud):***<br>***Atención:*** *Administración XVIII Región Sanitaria-Capital, Sub UOC.-*<br>***Dirección:*** *Brasil y Manuel Domínguez-Edificio Ex Primeros Auxilios-1er. piso*<br>***Ciudad:*** *ASUNCIÓN, Paraguay*<br>***Teléfono:*** *203094.-*<br>***Fax:*** *204758.-*<br>*Dirección de correo electrónico:* ***xviii.rs.capital@gmail.com,*** *La fecha y hora límites para realizar consultas es: 06/09/2010 A LAS 09:00HS* |

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
X VIII REGION SANITARIA
ADMINISTRACION

# *Sección IV. Formularios de la Oferta*

***Declaración Jurada establecida por Resolución DNCP Nro. 941/2010***

*DECLARACION 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 CONSTITUCION NACIONAL, LOS CONVENIOS 138 Y 182 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), EL CODIGO DEL TRABAJO, EL CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, DEMAS LEYES Y NORMATIVAS VIGENTES EN LA REPUBLICA DEL PARAGUAY.*

*Asunción, __ de_____ de 2010*

*Señores*

*……..*

*……..*

***Presente***

*REF.:* *(Descripción del llamado)……..*

*ID: (Portal Contrataciones Públicas)……*

*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*

*( )[i] 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.*
*[1] En caso de corresponder, marque aquí con una X.*

[i] En caso de corresponder, marque aquí con una X.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL XVIII REGION SANITARIA ADMINISTRACION

Lic. Graciela Villalba Cabrera
Administradora
XVIII Región Sanitaria - Capitán

# *Sección VII. Condiciones Especiales del Contrato*

***Donde Dice:***

| | |
|---|---|
| *CGC 8.1* | *Para **notificaciones,** la dirección de la Contratante será:*<br>*Atención: Administración - XVIII Región Sanitaria – Capital, Sub UOC.*<br>*Dirección: BRASIL y MANUEL DOMINGUEZ*<br>*Piso/Oficina: Edificio Ex Primero Auxilios - 1ER PISO – Dpto. Administrativo Sub UOC.*<br>*Ciudad: ASUNCION, Paraguay*<br>*Teléfono: 203094*<br>*Fax: 204758*<br>*Dirección electrónica: @gmail.gov.py* |

***Debe Decir:***

| | |
|---|---|
| *CGC 8.1* | *Para **notificaciones,** la dirección de la Contratante será:*<br>*Atención: Administración - XVIII Región Sanitaria – Capital, Sub UOC.*<br>*Dirección: BRASIL y MANUEL DOMINGUEZ*<br>*Piso/Oficina: Edificio Ex Primero Auxilios - 1ER PISO – Dpto. Administrativo Sub UOC.*<br>*Ciudad: ASUNCION, Paraguay*<br>*Teléfono: 203094*<br>*Fax: 204758*<br>*Dirección electrónica: **xviii.rs.capital@gmail.com*** |

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
XVIII REGION SANITARIA
ADMINISTRACION

***Donde Dice:***

| | |
|---|---|
| *CGC 16.1* | *Las condiciones de pago serán: se realizarán con fondos previstos en el rubro 280* ***- SERVICIOS DE VIGILANCIA Fuente de Financiamiento 10 Recursos del Tesoro,*** *ejercicio fiscal 2010 de la Ley de Presupuesto - XVIII Región Sanitaria-Capital, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de conformidad, al Plan de Cajas y a los fondos efectivos transferidos por el Ministerio de Hacienda.*<br><br>*El pago se realizará de conformidad al Plan Financiero y a los Fondos efectivamente transferidos por el Ministerio de Hacienda.*<br><br>*La solicitud de pago será por mes vencido y deberá ser a través de nota acompañando la factura que se presentara en la mesa de entrada de la Administración de la XVIII Región sanitaria-Capital.*<br><br>*NO HABRA PAGOS DE ANTICIPOS.-* |
| *CGC 16.6* | *El pago se realizará a los 60 días de la aprobación de la factura correspondiente, y de conformidad al Plan Financiero y a los Fondos efectivamente transferidos por el Ministerio de Hacienda.*<br><br>*La solicitud de pago será por mes vencido y deberá ser a través de nota acompañando la factura que se presentara en la mesa de entrada de la Administración de la XVIII Región sanitaria-Capital.*<br><br>*Si el pago no se realizare en el plazo mencionado más arriba, el proveedor podrá solicitar a la contratante el pago de intereses moratorios equivalente al 0,5% (cero coma cinco por ciento) mensual, a ser calculado sobre el importe neto en guaraníes de la factura en mora.*<br>*Para el pago de los intereses moratorios, los mismos serán calculados una vez fenecido los sesenta (60) días calendario de la aprobación de la factura por parte de la Contratante.-* |

***Debe Decir:***

| | |
|---|---|
| *CGC 16.1* | *Las condiciones de pago serán: se realizarán con fondos previstos en el rubro 280* ***- SERVICIOS DE VIGILANCIA Fuente de Financiamiento 10 Recursos del Tesoro,*** *ejercicio fiscal 2010 de la Ley de Presupuesto - XVIII Región Sanitaria-Capital, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de conformidad, al Plan de Cajas y a los fondos efectivos transferidos por el Ministerio de Hacienda y dentro de los sesenta (60) días calendario de la aprobación de la factura por parte de la Contratante.-.*<br><br>*El pago se realizará de conformidad al Plan Financiero y a los Fondos efectivamente transferidos por el Ministerio de Hacienda.*<br><br>*La solicitud de pago será por mes vencido y deberá ser a través de nota acompañando la factura que se presentara en la mesa de entrada de la Administración de la XVIII Región sanitaria-Capital.*<br><br>*NO HABRA PAGOS DE ANTICIPOS.-* |
| *CGC 16.6* | *La solicitud de pago será por mes vencido y deberá ser a través de nota acompañando la factura que se presentara en la mesa de entrada de la Administración de la XVIII Región sanitaria-Capital.*<br><br>*Si el pago no se realizare en el plazo mencionado más arriba, el proveedor podrá solicitar a la contratante el pago de intereses moratorios equivalente al 0,5% (cero coma cinco por ciento) mensual, a ser calculado sobre el importe neto en guaraníes de la factura en mora.* |

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
XVIII REGION SANITARIA
ADMINISTRACION

Lic. Graciela Villalba Cabrera
Administradora
XVIII Región Sanitaria - Capital

"

***Donde Dice:***

# *Garantía de Cumplimiento de Contrato*

*Fecha:* _____
***LCO 20/2010 No.:*** _____

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

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

*Y POR CUANTO se ha convenido en dicho Contrato que el Contratista 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 Contratista 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 Contratista una garantía en beneficio del Contratante.*

*DECLARAMOS mediante la presente nuestra calidad de Garantes a nombre del Contratista y a favor del Contratante, por un monto máximo de* _____ _____ *y nos obligamos a pagar al Contratante, contra su primera solicitud escrita, en que se afirme que el Contratista 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 el 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* _____
*El día* _____ *del mes de* _____ *de* _____.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
XVIII REGION SANITARIA
ADMINISTRACION

*Lic. Graciela Villalba Cabrera*
*Administradora*
XVIII Región Sanitaria - Capital

***Dede Decir:***

# *Garantía de Cumplimiento de Contrato*

*Fecha: _____*
***LCO 11/2010 No.: _____***

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

*POR CUANTO _____ (en lo sucesivo denominado "el Contratista") se ha obligado, en virtud del Contrato N° _____ de fecha _____ de _____ de _____ a suministrar los servicios de _____ (en lo sucesivo denominado "el Contrato").*

*Y POR CUANTO se ha convenido en dicho Contrato que el Contratista 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 Contratista 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 Contratista una garantía en beneficio del Contratante.*

*DECLARAMOS mediante la presente nuestra calidad de Garantes a nombre del Contratista y a favor del Contratante, por un monto máximo de _____ _____ y nos obligamos a pagar al Contratante, contra su primera solicitud escrita, en que se afirme que el Contratista 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 el 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 _____*
*El día _____ del mes de _____ de _____.*

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
XVIII REGION SANITARIA
ADMINISTRACION

Lic. Graciela Villalba Cabrera
Administradora
XVIII Región Sanitaria - Capita'