ADENDA N° 01

SE COMUNICA POR ESTE MEDIO; QUE EN EL MARCO DE LA LCO N° 02/2019 "MANTENIMIENTO Y REPARACION DE VEHICULOS DE LA SEGUNDA REGION SANITARIA" – ID N° 365027 SE REALIZAN LAS SIGUIENTES ADENDAS:

1- El taller deberá contar con el Certificado de Evaluación de Impacto Ambiental emitido por la MADES

2- **Sección II – Criterio de Evaluación, apartado B) Experiencia y Capacidad Técnica.**

Debe decir

La infraestructura debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- El taller deberá contar como mínimo con una superficie mínima cerrada de 500 m^2, siendo esta área destinada exclusivamente al área de taller no incluyéndose en esta medida el área administrativa y 200 m^2 como mínimo de patio para estacionamiento para alojamiento de los vehículos que queden en resguardo mientras dura la reparación.

3- **Sección III – Suministros Requeridos:**

Debe decir

Los trabajos a ser contratados especifica la provisión de mano de obra necesaria, general y especializada en cantidad suficiente.

Los materiales, insumos, repuestos o cualquier otro componente a ser utilizados deberán ser ORIGINALES, y reunir las condiciones técnicas especificadas por los fabricantes de los vehículos. La contratante podrá exigir la sustitución total o parcial de aquello que no cumpla con estos requisitos, sin costo alguno para la misma.

Los plazos de entrega serán computados a partir de la recepción de la ORDEN DE SERVICIO, los que serán determinadas de acuerdo a la complejidad del trabajo y a lo recomendado por el Proveedor en el diagnostico presentado. Sin embargo, en ningún caso podrá exceder de 3 (tres) días hábiles para trabajo de reparaciones menores; para reparaciones de motor 15 (quince) días hábiles, reparación de tapa motor 10 (diez) días hábiles y reparación de caja o transmisión de 10 (diez) días hábiles.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES
REPUBLICA DEL PARAGUAY
D.O.C. D.G.A.F.

Dra. Lourdes Graciela Jara Benítez
Directora Regional Region Sanitaria San...

Scanned by CamScanner

4- **Sección IV – Condiciones Especiales del Contrato, CGC 29.5**

Debe decir

El plazo para reparar o reemplazar los bienes será: 2 (dos) días hábiles.

5- **Sección VI – Formulario N° 1**

Debe decir

FORMULARIO Nº 1 *NO APLICA*

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 **DDL**.]*

[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*

DOC - DGAF
M.S.P. y B.S.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES
D.O.C. D.G.A.F.

Dra. Lourdes ... Benítez
Direc... edro
II Región Sa...

Scanned by CamScanner

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, conforme a las bases y condiciones, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

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]*

6- Sección VI – Formulario N° 3

Debe decir

FORMULARIO Nº 3 *NO APLICA*

GARANTÍA DE ANTICIPO

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

ID No.: _____

Abog. Pablo Lezcano Roa, Director
D.O.C - D.G.A.F
M.S.P. y B.S.

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

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES
D.O.C. D.G.A.F.

Dra. Lourdes Graciela Jara Benítez
Directora Regional
II Región Sanitaria San Pedro

Scanned by CamScanner

De acuerdo con lo establecido en el Contrato, en relación con pagos de anticipos, _____ (en lo sucesivo denominado "el Proveedor") suministrará al 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 al 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 _____

Abog. Fabio Lofreno Roa,
DOC - DGAF
M.S.P. y B.S.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES
REPUBLICA DEL PARAGUAY
D.O.C. D.G.A.F.

Dra. Lorena Griselda Jara Benítez
Directora Regional
II Región Sanitaria San Pedro

Scanned by CamScanner

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de

_____

7- Sección VII – Anexo I – Cualquier otro documento adicional requerido

Debe decir

Cualquier otro documento adicional requerido.
Certificado de Evaluación de Impacto Ambiental emitido por la MADES Planos contra incendio aprobado por la municipalidad Copia autenticada de los planos de infraestructura del taller debidamente aprobado por la intendencia municipal

8- Lista de Precios del SICP:

a) Se modifican en el SICP cada ítem de los Lotes 1, 2 y 3, específicamente los campos correspondientes a los montos mínimos y máximos.

b) Lote N° 2

- Se modifican en el SICP los ítems N° 77 y 100.
- Se modifican en el SICP los ítems N° 100 y 107.

Dra. Lourdes Graciela Jara Benitez
Directora Regional
II Región Sanitaria San Pedro

DRA. LOURDES GRACIELA JARA BENITEZ
Directora Regional
Segunda Región Sanitaria

ABOG. PABLO LEZCANO,
Director
Dirección de Contrataciones

Scanned by CamScanner