

REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

DOCUMENTOS DE SELECCIÓN PARA COMPARACIÓN DE PRECIOS EN ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DIFERENTES DE CONSULTORÍA Y/O CONEXOS.

*País:* ***El Salvador.***

*Contratante:* ***MINISTERIO DE SALUD.***

*Nombre del convenio:* ***INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2015 (SM 2015).***

*Número del convenio:* ***FONDO MESOAMERICANO DE SALUD N° GRT/HE 16714-ES, GRT/HE 16715-ES.***

*Título del proceso:*

***ADQUISICIÓN DE EQUIPOS ODONTOLÓGICOS PARA FORTALECIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.***

*CP n.°:* ***CP-B-3erTD-ISM-6-MINSAL.***

Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Marzo 2024.

# INDICE GENERAL

**SECCION 03:** FORMULARIOS PARA PRESENTACION DE OFERTAS**.**

Formulario 01 - Formulario de Presentación de la Oferta.

Formulario 02 - Datos generales del oferente.

Formulario 03 - Lista de cantidades y precios.

Formulario 04 - Lista de bienes, origen y especificaciones técnicas ofertadas.

Formulario 05 - Cronograma de cumplimiento y Plan de entregas.

Formulario 06 - Declaración de Mantenimiento de la Oferta.

**SECCIÓN 03: FORMULARIOS PARA PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

**Formulario 01 - Formulario de Presentación de la Oferta**

***Comparación de Precios n.°: CP-B-3erTD-ISM-6-MINSAL***

***Título de la adquisición: ADQUISICIÓN DE EQUIPOS ODONTOLÓGICOS PARA FORTALECIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.***

**[insertar la fecha]**

Señores **MINSAL**

**Presente.-**

El que suscribe, en atención a la invitación efectuada por el Ministerio de Salud, luego de examinar los lineamientos recibidos, ofrece los bienes requeridos por un Precio del Contrato de **US$ [indique el monto en cifras y en letras]** dólares de los Estados Unidos de América, incluido el valor del IVA.

El precio incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que pueda recaer sobre el CONTRATISTA, incluido el IVA.

El plazo de entrega de los bienes es de **(ver numeral 6\_\_\_\_** **(x)** días calendario, contados a partir de la fecha de distribución de la orden de compra.

Al presentar la oferta como Representante Legal de **[Nombre del Oferente]**, declaro bajo juramento, que:

1. Nos comprometemos a entregar los bienes requeridos con sujeción a los requisitos que se estipulan en los documentos de selección y sus secciones y por los precios fijos arriba indicados y consignados también en la Oferta.
2. Garantizo la veracidad y exactitud de la información y las declaraciones incluidas en los documentos de la oferta, formula­rios y otros anexos.
3. Nos comprometemos a denunciar cualquier acto relacionado con prácticas prohibidas que fuere de mi conocimiento durante el desarrollo del proceso.
4. Confirmamos por la presente que esta Oferta tiene un período de validez de **sesenta (60) días calendario** y que está acompañada de una Declaración de Mantenimiento de Oferta.
5. Manifestamos con carácter de declaración jurada que: i) no tenemos conflicto de intereses, ii) nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del Contrato, no han sido declarados inelegibles por el Banco, bajo las leyes del país del Contratante o normativas oficiales, y iii) no tenemos ninguna sanción del Banco o de alguna otra Institución Financiera Internacional (IFI).

En caso de ser adjudicado, nos comprometemos a suscribir la orden de compra en los términos previstos en este documento de selección.

Entendemos que esta oferta, junto con su aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirá una obligación hasta la suscripción de la orden de compra, y que el Programa no está obligada a aceptar la **oferta evaluada como la más ventajosa** ni ninguna otra Oferta que reciban, sin que tal decisión permita reclamación por parte del oferente.

Conocemos y aceptamos que el Programa se reserva el derecho de adjudicar el contrato, cancelar el proceso, rechazar todas las ofertas o declarar desierto el proceso si conviniese a los intereses nacionales o institucionales, sin que ello le genere responsabilidad alguna.

Esta Oferta y su aceptación por escrito constituirán un Compromiso de obligatorio cumplimiento. Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la Oferta más baja ni ninguna otra Oferta que pudieran recibir.

Atentamente,

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario 02 – Datos generales del oferente**

**[insertar la fecha]**

**a) Información del oferente**

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Oferente: **[indicar el nombre del Oferente]**  Nacionalidad: **[indicar la nacionalidad]** |
| 1. Naturaleza:   **Persona natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Persona jurídica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 3. Año de registro del Oferente: **[indicar el año de registro del Oferente]** |
| 4. Dirección del Oferente en el país donde está registrado: **[indicar la Dirección del Oferente en el país donde está registrado]** |
| 5. Información del representante autorizado del Oferente:  Nombre: **[indicar el nombre del representante autorizado]**  Dirección**: [indicar la dirección del representante autorizado]**  Números de teléfono*:* **[indicar los números de teléfono del representante autorizado]**  Dirección de correo electrónico: **[indicar el correo electrónico del oferente]** |
| 7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: **[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]**   * Estatutos de la Sociedad o Registro de la empresa indicada en el párrafo1 anterior. * Si se trata de una Asociación en Participación o Consorcio, Convenio de Asociación en Participación o del Consorcio. |

Formulario 03 – Lista de cantidades y precios

**[insertar la fecha]**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** | **U/M** | **CANTIDAD (a)** | **PRECIO UNITARIO *(b)*** | **PRECIO TOTAL *(c)*** |
| 1 | UNIDAD ODONTOLOGICA TRADICIONAL.  Compuesta de sillón, escupidera, lámpara, jeringa triple, eyector de saliva, con control y conector para alta y baja velocidad, reóstato, sillín, compresor dental de 1 HP con filtro regulador en la salida de aire. Accesorios: pieza de mano de alta velocidad y pieza de mano de baja velocidad compatible con contrángulo de pasador estándar, 120 voltios, 60 Hz. | c/u | 7 |  | *c=a\*b* |
| 2 | LAMPARA DE FOTOCURADO.  Inalámbrica con tecnología LED, longitud de onda desde 385-515 nm, intensidad de luz desde 1000 mw/cm2, con temporizador ajustable, con duración superior a 10,000 ciclos de polimerización, voltaje de alimentación nominal entre 100 y 120 voltios a 60hz | c/u | 15 |  | *c=a\*b* |
|  |  |  |  | **SUBTOTAL** *(d)* | ***d = (c) (todos los***  ***ítems)*** |
|  |  |  |  | **IVA** *(e)* | ***(e) = (d) \* 13%*** |
|  |  |  |  | **TOTAL** *(f)* | ***(f) = (d) + (e)*** |

El precio ofertado esta expresado en Dólares de los Estados Unidos de América. Incluye todos los costos directos e indirectos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y cualquier costo por otro concepto que pueda tener incidencia sobre el valor de los bienes.

**[El precio ofertado deberá ser consignado únicamente con dos decimales]**

Impuestos: El precio arriba expresado incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que recaiga o pueda recaer sobre el bien a proveer o la actividad del proveedor, incluyendo el IVA

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 

### Formulario 04 – Lista de bienes, origen y especificaciones técnicas ofertadas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **1** | **60305990** | **42151705** | **UNIDAD ODONTOLÓGICA TRADICIONAL** |
| Descripción | | Unidad Odontológica Tradicional, comprende Sillón, módulo con su brazo, controles y adaptadores para pieza de mano de alta y baja velocidad, lámpara de luz fría, escupidera, sistema de evacuación oral, sillín y compresor de 1HP.  **Sillón Odontológico eléctrico**  Fabricado en su base metálica, con pintura electrostatica, tapicería sin costuras y moldeado anatómico, control de mando que se utilice con el pie (al piso), para movimientos inclinar/reclinar, acoplamiento totalmente eléctrico para movimiento subir/bajar, dotado de cojinete de cabecera, apoya brazos (con apoya brazo derecho abatible para facilitar el acceso del paciente), y cubierta protectora.  **Módulo Odontológico**  Con las siguientes características:  Con controles y conectores tipo borden de dos vías para pieza de mano de alta velocidad y de baja velocidad (Micromotor).  Jeringa triple incluida (esterilizable), con control de agua, aire y atomización.  Indicador de presión visual.  Sistema de evacuación oral: debe contar con un eyector normal y un eyector quirúrgico.  Incluir una pieza de mano de alta velocidad, esterilizable, acero inoxidable, velocidad de 250,000 a 500,000 rpm, a una presión de aire de 28 a 40 psi, con su respectiva llave quita fresa si aplica.  Incluir una pieza de mano de baja velocidad (Micromotor), a base de aire a 20,000 rpm y presión de aire de 35 a 40 psi, con dirección controlada de rotación, compatible con contrángulo estándar tipo U. Debe incluirse el contrángulo de pasador estándar tipo U.  Tanto la pieza de mano de alta velocidad como el micromotor deberán ser compatibles con el conector tipo borden de dos vías.   * Escupidera, de material resistente montada en brazo, resistente al desgaste, raspaduras, que cumpla con los últimos requerimientos de asepsia. Incluye: * Enjuague de taza circular con entrada de agua, llenador de vaso con drenaje y botón manual. * Eyector de saliva con su adaptador ahulado para boquilla descartable. * Lámpara de Luz Fría tecnología LED, adosada a sillón odontológico, con asas, haz de luz sin contornos oscuros. * Pantalla con cámara intraoral, adosada en pedestal de la lámpara de la unidad en posición adecuada para que pueda ver la imagen el paciente y el operador. Cámara intraoral de alta resolución con luz LED. * Lámpara de fotopolimerizado LED, con regulador automático de tiempo y protector de ojos, incorporada en la estructura de la unidad odontológica. * Aparato ultrasónico para remover cálculo dental, con control de agua y vibración, con pieza de mano e insertos (como mínimo 3 insertos), incorporado en la estructura de la unidad odontológica. * Taburete o sillín para el Odontólogo altura desde la base de aproximadamente 17”, altura ajustable neumáticamente, tapiz de cuero o plástico de fácil limpieza, con respaldo. * Compresor de aire, para uso odontológico, de fácil mantenimiento, libre de aceite, con sistema de filtrado contra la humedad y partículas. (Ver abajo especificaciones solicitadas para compresor odontológico para una unidad odontológica tradicional) | |  |
| Características Eléctricas | | Voltaje de: 120 ±10% VAC  Frecuencia: 60 Hertz, Fases: I,  Toma corriente polarizado grado hospitalario,  Tipo de seguridad eléctrica: B según norma IEC 601-1 | |  |
| Características Mecánicas | | Todos los equipos serán fabricados en materiales de alta durabilidad y con facilidad de limpieza y mantenimiento, con diseño ergonómico y robusto, acabado exterior lavable.  Alimentación de agua:  Agua potable diámetro: 3/4” filtrada  Presión: 25 PSI  Mínimo Drenaje: 2”  Alimentación de aire comprimido:  Aire médico o filtrado  Presión mínima 50 PSI  Sistema de gestión de la calidad para unidades dentales ISO7494-1:2011  Norma de seguridad eléctrica IEC 601-1 | |  |
| Condiciones de preinstalación | | El equipo requerirá un espacio mínimo de 3x4 mts.  Por parte del establecimiento de salud realizar trabajos de pre instalación de fontanería y electricidad | |  |
| Condiciones de Instalación | | Deberá ser instalado y puesto en funcionamiento por parte del suministrante en las Unidades de Salud establecidas por el MINSAL según cuadro de distribución.  El suministrante proveerá todos los insumos necesarios para su instalación | |  |
| Información Técnica Requerida | | El oferente que resulte adjudicado deberá presentar con el equipo:   * Manual de operación * Manual de servicio * Manual de partes   De preferencia todos los manuales traducidos al idioma español | |  |
| Garantía | | Garantía contra desperfectos de fabricación, de un año a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo. Compromiso escrito del suministrante en existencia de repuestos para un período mínimo de tres años. | |  |
| Capacitación | | El suministrante proporcionará capacitación al operador, el día de la instalación del equipo, al momento de la entrega y puesta en funcionamiento del mismo, en los siguientes aspectos: operación y manejo del equipo; mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo. | |  |
| **Complemento** | | **EQUIPO: COMPRESOR ODONTOLÓGICO** | |  |
| Descripción | | Compresor de aire, para uso odontológico, de fácil mantenimiento, con sistema de filtrado contra la humedad | |  |
| Características Eléctricas | | Voltaje: 120 VAC  Potencia de Motor: 1HP  Presión de Salida: 100psi (Aproximadamente)  Rango de Corriente: 10 A a 15 A (máximo)  Frecuencia: 60 Hz  Fases: 1  Tipo de seguridad eléctrica: H, según norma IEC 6001-1  Protector térmico en el motor | |  |
| Características Mecánicas | | Para uso dentro o fuera del consultorio odontológico, montaje al piso, libre de aceite, bajo nivel de ruido (menor de 61 Db), completamente automático, libre de vibraciones, de fabricación robusta, con las siguientes características:  Compresor de dos pistones (en V), con anillos de Teflón.  Tipo de tanque: (depósito) vertical. Flujo de aire: 90 a 150 Lts./min. (Aproximadamente).  Diámetro de tubería de salida: ¼ pulgada (mínimo). Capacidad de tanque (depósito): 10 Galones (37.8 litros aprox.). El tanque debe estar provisto de un dispositivo de evacuación de fácil acceso al usuario, para su drenaje diario.  Capaz de abastecer a la unidad dental completa. | |  |
| Accesorios | | Regulador de presión de 0 a 120 PSI. (Salida de aire del compresor) con filtro y dispositivo evacuador de humedad (filtro de aire) | |  |
| Condiciones de Instalación | | Será necesario montarlo al piso, con amortiguadores de hule para eliminar ruido y vibraciones.  El suministrante lo entregará debidamente instalado y funcionando en el lugar de utilización y proporcionará todos los insumos necesarios para garantizar su instalación | |  |
| Información Técnica Requerida | | El oferente que resulte adjudicado deberá presentar con el equipo:   * Manual de operación * Manual de servicio * Manual de partes   \*De preferencia todos los manuales traducidos al idioma español | |  |
| Garantía | | Garantía contra desperfectos de fabricación, de un año a partir de la fecha de entrega.  Compromiso escrito del suministrante en existencia de repuestos para un período mínimo de tres años.  Nota firmada por el Representante Legal en la que se comprometen a cambiar o sustituir, en un plazo no mayor de 30 DÍAS CALENDARIO, aquellos equipos, que resultaren defectuosos, dentro del período de vigencia de la Garantía de Buena Calidad, caso contrario se hará efectiva dicha garantía. Este plazo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por parte de la ACP-UGP. | |  |
| Capacitación | | El suministrante proporcionará capacitación al operador, el día de la instalación del equipo, al momento de la entrega y puesta en funcionamiento del mismo, en los siguientes aspectos: operación y manejo del equipo; mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo. | |  |
| Experiencia | | Deberá presentar dos (2) o más constancias de experiencia de Instituciones Públicas, Autónomas o del Sector Privado, legalmente constituidas Nacionales o Extranjeras, donde hayan suministrado durante los últimos 2 años los productos ofertados, con características iguales o similares a las solicitadas, referir nombre del producto, calidad, marca, especificando que no ha presentado incumplimientos contractuales. | |  |
| ***Tiempo de entrega*** | | | |  |
| ***Marca*** | | | |  |
| ***Modelo (si aplica)*** | | | |  |
| ***País de Origen:*** | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** |
| **2** | **60305801** | **42151501** | **LÁMPARA DE FOTOCURADO** |
| Descripción | | LAMPARA DE FOTOCURADO, inalámbrica con tecnología LED, longitud de onda desde 385-515 nm, intensidad de luz desde 1000 mw/cm2, con temporizador ajustable, con duración superior a 10,000 ciclos de polimerización, voltaje de alimentación nominal entre 100 y 120 voltios a 60hz. | |  |
| Características Eléctricas | | Voltaje: Alimentación nominal 120 voltios ± 10.  Frecuencia: 60 Hz.  Con batería de Litio. | |  |
| Características Mecánicas | | Longitud de onda desde 385-515 nm.  Intensidad de luz desde 1000 mw/cm².  Potencia aproximada: 1000 mW / cm² -1200mW / cm².  de preferencia luz LED en la parte activa.  Con temporizador ajustable: 5 sg, 10 seg, 15 seg, 20 seg, aproximado.  Con pedestal (base para carga), las baterías de la lámpara deben recargarse al colocarla en el pedestal de carga, sin tener que quitar las baterías del equipo.  Con duración superior a 10,000 ciclos de polimerización  Modos de trabajo como mínimo: continuo, intermitente y rampa cuando aplique. | |  |
| Accesorios | | Incluir protector de ojos para uso con lámpara de fotopolimerizado en la parte activa, si aplica.  Incluir lentes de protección de ojos para operador de lámpara de fotopolimerizado. | |  |
| Información Técnica Requerida | | El oferente que resulte adjudicado deberá presentar con el equipo:  • Manual de operación.  • Manual de servicio.  • Manual de partes.  De preferencia todos los manuales traducidos al idioma español. | |  |
| Garantía | | Garantía contra desperfectos de fabricación, de un año a partir de la fecha de entrega.  Compromiso escrito del suministrante en existencia de repuestos para un período mínimo de tres años.  Nota firmada por el Representante Legal en la que se comprometen a cambiar o sustituir, en un plazo no mayor de 30 DÍAS CALENDARIO, aquellos equipos, que resultaren defectuosos, dentro del período de vigencia de la Garantía de Buena Calidad, caso contrario se hará efectiva dicha garantía. Este plazo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por parte de la ACP-UGP. | |  |
| Experiencia | | Deberá presentar dos (2) o más constancias de experiencia de Instituciones Públicas, Autónomas o del Sector Privado, legalmente constituidas Nacionales o Extranjeras, donde hayan suministrado durante los últimos 2 años los productos ofertados, con características iguales o similares a las solicitadas, referir nombre del producto, calidad, marca, especificando que no ha presentado incumplimientos contractuales.. | |  |
| ***Tiempo de entrega*** | | | |  |
| ***Marca*** | | | |  |
| ***Modelo (si aplica)*** | | | |  |
| ***País de Origen:*** | | | |  |

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Formulario 05 – Cronograma de cumplimiento y Plan de Entregas

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ítem** | **Descripción de los Bienes** | **U/M** | **Cant.** | **Lugar de destino convenido** | **Fecha de Entrega** | | |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente** |
| 1 | UNIDAD ODONTOLOGICA TRADICIONAL.  Compuesta de sillón, escupidera, lámpara, jeringa triple, eyector de saliva, con control y conector para alta y baja velocidad, reóstato, sillín, compresor dental de 1 HP con filtro regulador en la salida de aire. Accesorios: pieza de mano de alta velocidad y pieza de mano de baja velocidad compatible con contrángulo de pasador estándar, 120 voltios, 60 Hz. | c/u | 7 | Almacén el Paraíso, Colonia El Paraíso, final 6ª. Calle Oriente No. 1105, San Salvador | 90 días calendario | 120 días calendario | *[indicar Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente]* |
| 2 | LAMPARA DE FOTOCURADO.  Inalámbrica con tecnología LED, longitud de onda desde 385-515 nm, intensidad de luz desde 1000 mw/cm2, con temporizador ajustable, con duración superior a 10,000 ciclos de polimerización, voltaje de alimentación nominal entre 100 y 120 voltios a 60hz | c/u | 15 | Almacén el Paraíso, Colonia El Paraíso, final 6ª. Calle Oriente No. 1105, San Salvador. | 90 días calendario | 120 días calendario | *[indicar Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente]* |

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario 06 - Declaración de Mantenimiento de la Oferta.**

*[Si se solicita****, el Oferente*** *completará este Formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas en corchetes.]*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Fecha: *[indique la fecha]*

***Comparación de Precios n.°: CP-B-3erTD-ISM-6-MINSAL***

***Título de la adquisición: ADQUISICIÓN DE EQUIPOS ODONTOLÓGICOS PARA FORTALECIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.***

**A: *Ministerio de Salud***

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las Ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de la Oferta.
2. Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Contratante por un período de **1 año para el literal a) y b); y 3 años para el literal c),**contado a partir de la fecha de presentación de la oferta,si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la Oferta sea porque:
3. retiráramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la Oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o

(b) no aceptamos la corrección de los errores de conformidad con los Documentos de Selección; o

(c) si después de haber sido notificados de la aceptación de nuestra Oferta durante el período de validez de la misma, (i) no firmamos o rehusamos firmar el Convenio, si así se nos solicita; o (ii) no suministramos o rehusamos suministrar la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAO.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará, si no somos el Oferente Seleccionado, cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) hemos recibido una copia de su comunicación informando que no somos el Oferente seleccionado; o (ii) haber transcurrido veintiocho días después de la expiración de nuestra Oferta.

Firmada: *[firma del representante autorizado].* En capacidad de *[indique el cargo]*

Nombre: *[indique el nombre en letra de molde o mecanografiado]*

Debidamente autorizado para firmar la Oferta por y en nombre de: *[indique el nombre la entidad que autoriza]*

Fechada el *[día]* día de *[mes]* de *[año]*