**SECCIÓN IV**

**FORMULARIOS DE LA OFERTA**

**Formulario 01. Formulario de Información sobre el Oferente**

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDESII-501-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “Unidades Odontológicas para Establecimientos de Salud del MINSAL”.**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

De mi consideración:

1. Nombre jurídico del Oferente: *[indicar el nombre jurídico del Oferente].*

2. Si se trata de una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), nombre jurídico y nacionalidad de cada miembro: *[indicar el nombre jurídico y nacionalidad de cada miembro de la APCA, identificando al socio Representante][[1]](#footnote-1)*

3. *[País donde está constituido el Oferente en la actualidad] o [Nombre del País de constitución de cada miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA)]: [indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad]*

4. *[Año de constitución del Oferente] o [año de constitución de cada miembro de la Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA)]: [indicar el año de constitución]*

5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido: *[indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido]*

6. Información del Representante autorizado del Oferente:

Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado]*

Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado]*

Números de teléfono: *[indicar números de teléfono del representante]*

Dirección de correo electrónico: *[indicar dirección de correo electrónico del representante]*

7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos:

* Estatutos de la Sociedad de la empresa indicada en el párrafo anterior, y de conformidad con las Subcláusulas 4.1 y 4.2 de las IAO.
* Si se trata de una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), carta de intención de formar la APCA, o el Convenio de APCA, de conformidad con la Subcláusula 4.1 de las IAO.

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

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

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

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

**Formulario 02. Formulario de la Oferta**

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDESII-501-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “Unidades Odontológicas para Establecimientos de Salud del MINSAL”.**

Fecha: **[insertar la fecha]**

Señores

**[Nombre del Contratante]**

**Presente.-**

De mi consideración:

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Hemos examinado y no hallamos objeción alguna al Pliego de Bases y Condiciones de la Licitación, incluso sus Aclaraciones y Enmiendas No. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada boletín de aclaraciones y enmiendas]*;
2. Ofrecemos proveer los siguientes bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos de conformidad con el Pliego de Bases y Condiciones de la Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Bienes *[indicar una descripción breve de los bienes, servicios diferentes de consultoría y/o servicios conexos.*
3. El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: US$. **[indique el monto en cifras y en letras]** dólares de los Estados Unidos de América, incluido el valor del IVA.
4. Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

Descuentos. Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables: *[detallar cada descuento ofrecido y el artículo específico en la Lista de Bienes al que aplica el descuento, caso contrario detallar NO APLICA]*.

Metodología y Aplicación de los Descuentos. Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *[NO APLICA];*

(e) Nuestra Oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la Subcláusula 20.1 de las IAO, a partir de la fecha límite fijada para la Presentación de las Ofertas de conformidad con la Subcláusula 24.1 de las IAO. Esta Oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;

(f) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la Cláusula 44 de las IAO y la Cláusula 17 de las CGC;

(g) Los suscriptos, incluyendo todos los proveedores requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, tenemos nacionalidad de países elegibles.;

 (h) No tenemos conflicto de intereses de conformidad con la Subcláusula 4.2 de las IAO;

(i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas y proveedores requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, no han sido declarados inelegibles por el Banco o normativas oficiales, de conformidad con la Subcláusula 4.3 de las IAO;

(j) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta licitación o ejecución del Contrato: *[indicar el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación y la cantidad y moneda de cada comisión o gratificación]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Receptor | Dirección | Concepto | Monto |
|  |  |  |  |

*[Si no han sido pagadas o no serán pagadas, indicar “ninguna”]*

(k) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el Contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.

* 1. Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la **oferta considerada como la más ventajosa** ni ninguna otra oferta que reciban.
	2. Nos abstendremos de adoptar conductas para que los funcionarios del Contratante, induzcan o alteren los resultados del procedimiento, de la evaluación de las Ofertas u otros aspectos que nos otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.
	3. manifestamos bajo declaración jurada que no nos encontramos en los supuestos de las Cláusula 4 de las IAO.

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

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

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

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

**Formulario 03. Formularios de Listas de Precios**

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDESII-501-LPN-B-MINSAL**

***Título de la adquisición:* “Unidades Odontológicas para Establecimientos de Salud del MINSAL”.**

**Fecha:** (fecha de presentación de la oferta)

| **ART.** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** **(IVA INCLUIDO)**  | **PRECIO TOTAL(IVA INCLUIDO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Unidad Odontológica 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* | *25* | *$* | *$* |
|  | Instalación y Puesta en Marcha de los equipos | *$* |
|  |
| Capacitación | *$* |
|  |  |  |  | **TOTAL** | *$* |

*El precio total ofertado incluye los materiales a utilizar para su instalación, instalación y puesta en marcha por cada uno de los equipos, capacitación e impuestos.*

*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**

Importante: Todas las páginas de la oferta deberán ser foliadas (numeradas), incluyendo los catálogos, brochures o manuales que se incluyan en la oferta. El licitante deberá marcar o identificar el catálogo e información técnica entregada con nombre del licitante, número de la Licitación, y dentro de la página que contenga la información técnica del producto identificar y señalar el producto ofertado identificándolo con el número de ítem, código del ítem, N° de parte o de catálogo, lo cual permitirá evaluar el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los ítems ofertado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM****NO.** | CÓDIGOCATÁLOGOMINSAL | DENOMINACIÓN DEL EQUIPO | CANTIDAD | ESPECIFICACIONESTÉCNICASOFERTADAS |
| 1 | 60305990 | Unidad Odontológica 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 | 25 | **MARCA:****MODELO:****PAIS DE ORIGEN:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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
* 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)
* 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.

**Incluirá** una pieza de mano de alta velocidad y una pieza de baja velocidad (Micromotor) compatible con contrángulo de pasador estándar tipo U, y un contrángulo del pasador estándar tipo U.* 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 35 40 psi, con su respectiva llave quita fresa.
* 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. Tanto la pieza de mano de alta velocidad como el micromotor deberán ser compatibles con el conector tipo borden de dos vías.
* Incluirá el contrángulo de pasador estándar TIPO U.

**Escupidera*** De material resistente montada en brazo
* Resistente al desgaste, raspaduras
* Que cumpla con los últimos requerimientos de asepsia.
* **Deberá Incluir:**
* 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** * La pantalla 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)** | **Detallar las especificaciones técnicas ofertadas y el número de página o folio de la oferta o catálogo, donde se puede verificar el cumplimiento de las condiciones abajo indicadas.** |
| Características Eléctricas | * Voltaje de: 120 ±10% VAC
* Frecuencia: 60 Hertz, Fases: I
* Toma corriente polarizado grado hospitalario
* Tipo de seguridad eléctrica: H o 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
 |  |
| Estándares y Normativas | * Sistema de gestión de la calidad para unidades dentales ISO 7494-1:2011 (Presentar certificado vigente).
* Norma de seguridad eléctrica IEC 601-1 (Presentar documentación de respaldo).
 |  |
| 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 deberá proveer todos los insumos necesarios para su instalación
 |  |
| Información Técnica Requerida | **Con la oferta:** * Catálogo con especificaciones técnicas.

**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 la capacitación al operador, al momento de la entrega y puesta en funcionamiento del equipo y compresor.
* La capacitación comprenderá los siguientes aspectos: operación y manejo del equipo; mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo y compresor.
* El suministrante deberá realizar 25 JORNADAS de capacitación una (1) en cada lugar de instalación y se realizará el mismo día de la instalación y tendrá una DURACIÓN DE 2 HORAS máximo, con participación de dos (2) operadores por equipo.
 |  |

|  |
| --- |
|  **EQUIPO: COMPRESOR ODONTOLÓGICO** |
| Descripción | Compresor de aire, para uso odontológico, de fácil mantenimiento, con sistema de filtrado contra la humedad |
| Características Eléctricas | Voltaje: 120 VACPotencia de Motor: 1HPPresión de Salida: mínimo 75 a 120 psi Rango de Corriente: 10 A - 15 A (máximo)Frecuencia: 60 HzFases: 1Tipo de seguridad eléctrica: H, según norma IEC 601-1Protector 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 65 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): (37.8 a 48 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 | * El suministrante deberá montar al piso y asegurarlo de tal forma que no produzca ruido y vibraciones.
* El suministrante lo entregará debidamente instalado y funcionando en el lugar de utilización.
* Todos los insumos necesarios para garantizar la instalación deberán ser proporcionados por el suministrante.
 |
| Información Técnica Requerida | El oferente que resulte adjudicado deberá presentar con el Compresor:  -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. |

ANEXO1 CUADRO DE DISTRIBUCIÓN:

|  |
| --- |
| **DISTRIBUCION DE MODULOS ODONTOLOGICOS** |
| REGION | EQUIPO ASIGNADO | SIBASI | UNIDADES DE SALUD |
| OCCIDENTAL | 5 | Ahuachapan  | UDS Las Chinamas |
| Sonsonate | UDS San Antonio del Monte |
| Sonsonate | UDS Nahuizalco |
| Santa Ana | UDS Guarnecia |
| Sonsonate | Santa Catarina Masahuat |
| CENTRAL | 5 | SIBASI Chalatenango | UDS Potonico |
| SIBASI La Libertad  | UDS-I Mizata |
| SIBASI Chalatenango | UDS San Francisco Morazán |
| SIBASI La Libertad | UDS Tamanique |
| SIBASI Chalatenango | UDS-I San Ignacio |
| PARACENTRAL | 4 | SIBASI Cuscatlan | UDS Cojutepeque |
| SIBASI Cabañas | UDS Dolores |
| SIBASI San Vicente | UDS San Lorenzo |
| SIBASI La Paz | UDS Santiago Nonualco  |
| METROPOLITANA | 1 | SIBASI Centro  | UDS Ayutuxtepeque  |
| ORIENTAL  | 10 | SIBASI La Unión  | UDS Tamarindo  |
| SIBASI La Unión  | UDS Nueva Esparta |
| SIBASI Morazan | UDS Torola  |
| SIBASI Morazan | UDS Corinto |
| SIBASI Usulutan | UDS Jucuapa  |
| SIBASI Usulutan | UDS Tierra Blanca |
| SIBASI San Miguel | UDS San Carlos  |
| SIBASI San Miguel | UDS Nueva Guadalupe |
| SIBASI Usulutan | UDS Jucuaran  |
| SIBASI La Unión  | UDS Pasaquina  |

### ***Formulario 05. Cronograma de cumplimiento y Plan de Entregas***

| **N° de Art.** | **Descripción de los Bienes** | **Cantidad** | **Lugar de destino convenido**  | **Fecha de Entrega**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente [a ser proporcionada por el Oferente]** |
| 1 | El equipo deberá ser instalado, probado y quedar funcionando | 25 | En las instalaciones de las Unidades de Salud detalladas en el cuadro de distribución del anexo 1 | 30 días calendario después de la distribución del contrato | 120 días calendario después de la distribución del contrato | la fecha propuesta por el suministrante no deberá exceder a los 120 días calendarios solicitados. |

 **[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].

Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDESII-501-LPN-B-MINSAL

 “Unidades Odontológicas para Establecimientos de Salud del MINSAL”

Fecha: *[indique la fecha]*

A: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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 caso de los subpárrafos (a) y (b) y por tres (3) años para el caso del subpárrafo (c)***contado a partir de la fecha de apertura de ofertas,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.

1. 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.
2. Entendemos que si somos una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá estar en el nombre de la APCA que presenta la Oferta. Si la APCA no ha sido legalmente constituida en el momento de presentar la oferta, la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá ser en nombre de todos los miembros futuros tal como se enumeran en la carta de intención mencionada en la Subcláusula correspondiente de las IAO.]

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

**Formulario 07. Autorización del Fabricante**

*[El Oferente solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membrete del Fabricante y deberá estar firmado por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan el Fabricante. El Oferente lo deberá incluirá en su oferta, si así se establece en estos documentos.]*

**Licitación Pública Nacional LPN No: PRIDESII-501-LPN-B-MINSAL**

 **“Unidades Odontológicas para Establecimientos de Salud del MINSAL”**

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta]*

A: *[indicar el nombre completo del Contratante]*

POR CUANTO

Nosotros *[indicar 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 completo del Oferente]* a presentar una oferta con el solo propósito de suministrar los siguientes Bienes de fabricación nuestra *[nombre y breve descripción de los bienes],* y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía por un período de: *[indicar plazo de garantía de fábrica]*, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

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 \_\_ [fecha de la firma]

**Formulario 08: Facturación Promedio Anual**

Presentamos los Estados Financieros de los años 2019, 2020 y 2021, para verificar el dato proporcionado de la Facturación Promedio de los tres años.

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

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

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

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

**Formulario 09: Experiencia Específica del Oferente**

**[insertar la fecha]**

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA ESPECIFICA DEL OFERENTE.** |
| **No** | **CONTRATANTE (\*)** | **OBJETO DEL CONTRATO** | **UBICACIÓN** | **VALOR USD** | **FECHAS EJECUCIÓN** | **PARTICIPACIÓN % EN ASOCIACIÓN – NOMBRE DEL SOCIO (\*\*)** |
| **ORIGINAL** | **FINAL** | **ORIGINAL** | **FINAL** |
| CONTRATOS EJECUTADOS DE [VENTA DE BIENES: (DETALLAR)] |
| 1 |   |  |  |  |  |  |  |
| 2 |   |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL FACTURADO (INDICAR LA SUMA TOTAL EN US $) |  |

* Para cada contratante, indicar el nombre, dirección, teléfono, fax, e-mail, persona de contacto y cargo.

\*\* Si el contrato lo ejecutó asociado, indicar en esta casilla el nombre del o de los socios

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

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

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

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

2. Garantía de Cumplimiento del Contrato

*[El banco, a solicitud del Oferente seleccionado, completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. En caso que la Garantía sea emitida por un Banco de un país extranjero, éste deberá tener corresponsalía con un Banco del país del Contratante. ]*

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes, y año) de la presentación de la Oferta]*

*LPN No. y Título: [indicar el No. y título del proceso licitatorio]*

Sucursal del Banco u Oficina  *[nombre completo del Garante]*

**Beneficiario:** *[Nombre completo del Comprador]*

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO No.: *[indicar el número de la Garantía]***

Se nos ha informado que *[nombre completo del Proveedor]* (en adelante denominado “el Proveedor”) ha celebrado el contrato No. *[indicar número]* de fecha *[indicar (día, mes, y año)* con ustedes, para el suministro de *[indique número, nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos]* (en adelante denominado “el Contrato”).

Además, entendemos que, de acuerdo con las condiciones del Contrato, se requiere una Garantía de Cumplimiento.

A solicitud del Proveedor, nosotros por medio de la presente garantía nos obligamos irrevocablemente a pagarles a ustedes una suma o sumas, que no excedan *[indicar la(s) suma(s) en cifras y en palabras]*[[2]](#footnote-2) contra su primera solicitud por escrito, acompañada de una declaración escrita, manifestando que el Proveedor está en violación de sus obligaciones en virtud del Contrato, sin argumentaciones ni objeciones capciosas, sin necesidad de que ustedes prueben o acrediten las causas o razones de su demanda o la suma especificada en ella.

Esta Garantía tendrá una vigencia de ….. días contados a partir de la distribución del contrato, Esta garantía expirará a más tardar el *[indicar el número] día* de *[indicar el mes* de *[indicar el año][[3]](#footnote-3),* y cualquier reclamación de pago bajo esta garantía deberá ser recibida por nosotros en esta oficina en o antes de esa fecha.

Esta garantía está sujeta a las “Reglas Uniformes de la CCI relativas a las garantías contra primera solicitud” (U*niform Rules for Demand Guarantees*), Publicación ICC No. 458, excepto el numeral (ii) del Sub-artículo 20 (a).

*[firma(s) del representante autorizado del banco y del Proveedor]*

Garantía de Cumplimiento (Fianza)

[El Garante/ Oferente seleccionado que presenta esta fianza deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas en corchetes, si el Contratante solicita este tipo de garantía]

Por esta Fianza, *[indique el nombre del obligado principal]*, como Mandante (en adelante, el “Proveedor”), y *[indique el nombre del Garante],* como Garante (en adelante, el “Garante”), se obligan y obligan a sus herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios de manera firme, conjunta y solidaria ante *[indique el nombre del Comprador]* como Obligante (en lo sucesivo, el “Proveedor”) por el monto de *[indique el monto en letras y números]*, cuyo pago deberá realizarse correcta y efectivamente en los tipos y proporciones de monedas en que sea pagadero el Precio del Contrato.

POR CUANTO el Proveedor ha celebrado un Contrato escrito con el Comprador con fecha de de 20 , para [número, nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos], de conformidad con los documentos, planos, especificaciones y enmiendas respectivas, los cuales, en la medida aquí contemplada, forman parte de la presente fianza a modo de referencia y se denominan en lo sucesivo el Contrato. [[4]](#footnote-4)Esta Garantía tendrá una vigencia de ….. días contados a partir de la distribución del contrato, la cual vencerá a más tardar el …. de …… de …

POR CONSIGUIENTE, la condición de esta obligación es tal que, si el Proveedor cumple oportuna y fielmente con los términos del Contrato mencionado (incluida toda enmienda de la que haya sido objeto), esta obligación carecerá de validez y efecto; de lo contrario, se mantendrá con plena validez y vigencia. Si el Proveedor incumple alguna disposición del Contrato, y el Comprador así lo declara y cumple sus propias obligaciones derivadas del Contrato, el Garante podrá remediar el incumplimiento sin demora o deberá, sin demora, optar por una de las siguientes medidas:

(1) Finalizar el Contrato de conformidad con los términos y condiciones establecidos.

(2) Obtener una o más ofertas de Licitantes calificados para presentarlas al Comprador con miras al cumplimiento del Contrato de conformidad con los términos y condiciones de este, y, una vez que el Comprador y el Garante decidan cuál es el Licitante que presentó la oferta más baja ajustada a las condiciones, arbitrar los medios necesarios para que se celebre un Contrato entre dicho Licitante y el Comprador y facilitar, conforme avance el trabajo (aun cuando exista una situación de incumplimiento o una serie de incumplimientos en el marco del Contrato o los Contratos de terminación concertados con arreglo a este párrafo), fondos suficientes para sufragar el costo de terminación menos el saldo del Precio del Contrato, pero sin exceder, incluidos otros gastos e indemnizaciones que puedan ser responsabilidad del Garante en virtud de esta Fianza, el monto que se señala en el primer párrafo de esta. Por “Saldo del Precio del Contrato”, conforme se usa en este párrafo, se entenderá el importe total que deberá pagar el Comprador al Proveedor en virtud del Contrato, menos el monto que haya pagado debidamente el Comprador al Proveedor.

(3) Pagar al Comprador el monto exigido por este para finalizar el Contrato de conformidad con los términos y condiciones establecidos en él, por un total máximo que no supere el de esta Fianza.

El Garante no será responsable por un monto mayor que el de la penalidad especificada en esta Fianza.

Cualquier acción legal derivada de esta Fianza deberá entablarse antes de transcurrido un año desde la fecha de emisión del Certificado de Recepción.

Esta Fianza no crea ningún derecho de acción o de uso para otras personas o firmas que no sean el Comprador definido en el presente documento, o sus herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios.

En prueba de conformidad, el Proveedor firma y sella la presente Fianza y el Garante estampa su sello debidamente certificado con la firma de su representante legal, a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de de 20\_\_\_\_.

*[Firma(s) del representante autorizado del banco y del Proveedor]*

1. Garantía/Fianza de Anticipo

**Garantía a la Vista**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Nombre del Banco y Dirección de la Sucursal u Oficina Emisora]*

**Beneficiario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[Nombre y Dirección del*  Comprador*]*

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIANZA POR ANTICIPO No.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se nos ha informado que *[indique el nombre del Proveedor, que, en el caso de APCA, será el de la APCA]* (en adelante, el “Solicitante”) ha celebrado el Contrato n.° *[indique número de referencia del Contrato]*, de fecha *[indique fecha]* con el Beneficiario, para el suministro de *[indique nombre del contrato y breve descripción de los Bienes y Servicios Conexos]* (en adelante, el “Contrato”).

Además, entendemos que, de conformidad con las condiciones del Contrato, es preciso hacer un pago anticipado por un monto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[monto en cifras]* ( ) *[monto en palabras]* contra una fianza por pago anticipado.

A solicitud del Solicitante, nosotros, en calidad de Garantes, por medio de la presente Garantía nos obligamos irrevocablemente a pagar al Beneficiario una suma (o sumas) que no exceda *[indique la(s) suma(s) en cifras y en letras]* ( )*1* al recibo en nuestras oficinas de la demanda conforme a los requisitos del Beneficiario, respaldada por una declaración del Beneficiario, ya sea en la demanda propiamente dicha o en un documento aparte firmado que acompañe o identifique la demanda, donde conste que el Solicitante:

* + 1. [[5]](#footnote-5)ha utilizado el pago de anticipo para otros fines que los estipulados para la provisión de los Bienes, o
		2. no ha cumplido con el reembolso del pago por anticipo de acuerdo con las condiciones del Contrato, especificando el monto que el Solicitante no ha reembolsado.

En virtud de esta Garantía se podrá presentar un reclamo a partir del momento en que el Garante presente un certificado del banco del Beneficiario en el que se indique que el pago mencionado arriba se ha acreditado en la cuenta número *[indique número]* que el Solicitante mantiene en *[indique el nombre y la dirección del banco del Solicitante].*

Esta garantía vencerá el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_ En consecuencia, cualquier reclamo de pago realizado en virtud de esta garantía deberá recibirse en nuestra oficina a más tardar en la fecha señalada.

Esta garantía está sujeta a las Reglas Uniformes de la Cámara de Comercio Internacional relativas a las garantías contra primera solicitud, revisión de 2010, publicación n.° 758 de la CCI; queda excluida de la presente la declaración de respaldo del inciso (a) del artículo 15 de dichas reglas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*[firma(s)*

1. Si se ofertan subcontrataciones, en esta sección deben identificarse a los subcontratistas y su nacionalidad. [↑](#footnote-ref-1)
2. *El banco deberá insertar la suma establecida en las CEC y denominada como se establece en las CEC, ya sea en la(s) moneda(s) del Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Comprador.*  [↑](#footnote-ref-2)
3. *Las fechas han sido establecidas de conformidad con la Cláusula 17.4 de las Condiciones Generales del Contrato (“CGC”) teniendo en cuenta cualquier otra obligación de garantía del Proveedor de conformidad con la Cláusula 15.2 de las CGC, prevista a ser obtenida con una Garantía de Cumplimento parcial. El Comprador deberá advertir que en caso de prórroga del plazo para cumplimiento del Contrato, el Comprador tendrá que solicitar al banco una extensión de esta Garantía. Dicha solicitud deberá ser por escrito y presentada antes de la fecha de expiración establecida en la Garantía. Al preparar esta Garantía el Comprador pudiera considerar agregar el siguiente texto en el Formulario, al final del penúltimo párrafo: “Nosotros convenimos en una sola extensión de esta Garantía por un plazo no superior a [seis meses] [un año], en respuesta a una solicitud por escrito de dicha extensión por el Comprador, la que nos será presentada antes de la expiración de la Garantía.”* [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. 1 *El Garante deberá especificar una suma que represente el monto del pago por anticipado que esté denominada ya sea en la(s) moneda(s) del pago por anticipado que se indica(n) en el Contrato o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Comprador.* [↑](#footnote-ref-5)