REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

DOCUMENTOS DE LICITACION PÚBLICA NACIONAL.

Adquisición de Bienes y Servicios diferentes de Consultoría.

*País:* El Salvador.

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

***Nombre del proyecto:* PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD II.**

***Número del préstamo:* BID-3608/OC-ES.**

***Licitación Pública Nacional n.°:* PRIDES II-691-LPN-B-MINSAL.**

***Título de la Adquisición:* “ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE”**

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*.*

***Fecha de emisión:* 12 de diciembre de 2024.**

**SECCIÓN IV.**

**FORMULARIOS DE LA OFERTA.**

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

*Licitación Pública Nacional LPN n.°:* **PRIDES II-691-LPN-B-MINSAL.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE*”**

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 n.°:* **PRIDES II-691-LPN-B-MINSAL.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE*”.**

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 n.°:* **PRIDES II-691-LPN-B-MINSAL.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE*”.**

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

| **Art.** | **Descripción** | **Unidad** | **Cantidad** | **Precio Unitario**  **(IVA incluido)** | **Precio Total (IVA incluido)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Unidad Odontológica Tradicional. | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
| Instalación de Unidad Odontológica. | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
| Capacitación de Unidad Odontológica. | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
| Instalación de Compresor Odontológico. | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
| Capacitación de Compresor Odontológico. | c/u | 1 | *US$* | *US$* |
|  |  |  |  | **TOTAL** | *US$* |

*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.**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS.**

Importante: Presentar documentación como Brochures, catálogos, u hojas técnicas en la que se puedan verificar la totalidad de las especificaciones solicitadas. Deberán foliar todas las páginas de la oferta, éstas se marcarán en el cuadro comparativo y se referenciarán en las fichas presentadas para verificar su conformidad. La referencia deberá realizarse de acuerdo al número de FOLIO de la oferta, no de la numeración de los catálogos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Art.** | **Código MINSAL** | **Código**  **ONU** | **Descripción.** |
| **1** | **60305990** | **42151705** | **EQUIPO: 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, tapicería sin costuras y moldeado anatómico en colores celeste, azul oscuro o gris oscuro; 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. * Incluirá una pieza de mano de alta velocidad y una pieza de baja velocidad (Micromotor) compatible con contrángulo estándar 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 psi, con su respectiva llave quita fresa, si aplica. * 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, que pueda desmontarse fácilmente para su limpieza diaria. Incluye:   * Enjuague de taza circular con entrada de agua y válvula manual no electrónica para regular el flujo de agua, llenador de vaso con drenaje y botón manual, de preferencia no electrónico. * 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) |
| 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 60601-1. * Deberá incluir un regulador de voltaje adecuado para la Unidad Odontológica. |
| 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. |
| Condiciones de preinstalación: | | | * El equipo requerirá un espacio mínimo de 3x4 mts. * Por parte del establecimiento de salud, realizará trabajos de pre instalación de fontanería y electricidad. |
| Condiciones de Instalación: | | | * Deberá ser instalado y puesto en funcionamiento por parte del suministrante en la Unidad de Salud establecida por el MINSAL. |
| 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 contra desperfectos de fabricación a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo y soporte en sitio al siguiente día hábil de reportado el fallo, dentro del período que dure la garantía.  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, en los siguientes aspectos: *operación y manejo del equipo; mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo (1 jornada de 2 horas).* |
| **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 ±10% VAC. * Potencia de Motor: 1HP. * Presión de Salida: 100psi (Aproximadamente). * Rango de Corriente: 10A a 15A (máximo). * Frecuencia: 60 Hz. * Fases: 1. * Tipo de seguridad eléctrica: H ó B, según norma IEC 60601-1. * 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 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): 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. |
| 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 contra desperfectos de fabricación a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo y soporte en sitio al siguiente día hábil de reportado el fallo, dentro del período que dure la garantía.  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, en los siguientes aspectos: *operación y manejo del equipo; mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo.* |
| Lugar de Entrega: | | | Será entregada en las instalaciones de la Unidad de Salud del Cantón San Isidro, Izalco, departamento de Sonsonate. |
| Plazo de entrega: | | | 90 días calendario contados a partir de la distribución del contrato. |
| Marca: | | |  |
| Modelo: | | |  |
| País de origen: | | |  |

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

**“ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE”**

| **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 | Unidad Odontológica Tradicional | 1 | *Unidad de Salud San Isidro, Izalco, Sonsonate.* | *45 días calendarios a partir de la distribución del contrato.*  *(incluye suministro e instalación)* | *90 días calendarios a partir de la distribución del contrato.*  *(incluye suministro e instalación)* |  |

**[insertar la fecha]**

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario 06. Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos.** | | | | | | | | | |
|  | | **Monedas de acuerdo con la IAO. 15** | | | | **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_** | | |
| **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **Art.**  **n.°** | **Descripción de los servicios (excluye transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para transportar los bienes a su destino final)** | | **País de origen** | **Fecha de entrega en el lugar de destino final.** | **Cantidad y unidad física** | **Precio unitario**  **(impuestos incluidos)** | **Precio total por servicio**  **(Col. 5 x 6 o un estimado)** |
| **1** | **CAPACITACIÓN.** | |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario de la Unidad de Salud (jornada de 1 hora) sobre uso de Unidad Odontológica. | |  | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. | 1 jornada |  |  |
|  | Para personal usuario de la Unidad de Salud (jornada de 1 hora) sobre uso de Compresor Odontológico. | |  | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. | 1 jornada |  |  |
|  | **INSTALACIÓN.** | |  |  |  |  |  |
|  | Instalación de Unidad Odontológica. | |  | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. | 1 instalación |  |  |
|  | Instalación de Compresor Odontológico. | |  | De conformidad a la solicitud del Administrador de Contrato. | 1 instalación |  |  |
|  | | | | | **PRECIO TOTAL DE LA OFERTA** | |  |
| Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | | | |

**Formulario 07. 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 n.°:* **PRIDES II-691-LPN-B-MINSAL.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE*”.**

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 literales (a) y (b) y ***3 años*** *para literal (c),* contados 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 08. 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 n.°:* **PRIDES II-691-LPN-B-MINSAL.**

*Título de la Licitación:***“*ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE*”.**

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 09: Facturación Promedio Anual.**

Presentamos los Estados Financieros de los años 2021, 2022 y 2023, 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 10: 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Si se ofertan subcontrataciones, en esta sección deben identificarse a los subcontratistas y su nacionalidad. [↑](#footnote-ref-1)