

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SC-CP-023-2024

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“COMPRA DE MEDICAMENTOS DENTRO DE A LINAME”** |

**Santa Cruz, Marzo de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPRA MENOR SC-CP-023-2024**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Santa Cruz, invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **COMPRA DE MEDCIAMENTOS DENTRO DE LA LINAME** |
| Tipo de Convocatoria: Comparación de Propuestas |
| Forma de adjudicación: POR ITEM |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Lic. Genni Hiza Rojas  Lic. Claudia Domínguez Z. |
| Correo electrónico: [claudia.dominguez@csbp.com.bo](mailto:claudia.dominguez@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 3427676 int. 3427 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE LA CONVOCATORIA** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación de la Solicitud de Propuestas | Hasta:  15/03/2024 |  | Publicación en el portal.csbp.com.bo |
| 2 | Presentación de Ofertas | Hasta:  19/03/2024 | Hasta:  16:10 | **Presentación Electrónica:** [claudia.dominguez@csbp.com.bo](mailto:claudia.dominguez@csbp.com.bo)  **Presentación Física:**  Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo). |
| 3 | Apertura de propuestas | 19/03/2024 | 16:25 | **Unidad de Compras:**  Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo). |
| 4 | Resultado Del Proceso | 01/04/2024 | | Envío de notas o correos electrónicos a los proponentes |

(\*) Estas fechas son referenciales y podrán ser modificadas de acuerdo a la necesidad y situaciones que ameriten su modificación.

|  |
| --- |
| **CODIGO DE PROCESO: SC-CP-23-2024** |

**COMPRA DE MEDICAMENTOS DENTRO DE LA LINAME**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

En cumplimiento al Reglamento de Compras, Articulo 17 Modalidades de Contratación, de la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a los potenciales proponentes, legalmente establecidas en el País, que se encuentren en capacidad de proveer los ítems requeridos en el presente proceso de adquisición para presentar ofertas para la **COMPRA DE MEDICAMENTOS DENTRO DE LA LINAME (PRIMERA CONVOCATORIA).**

1. **FECHA DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**:
2. Las ofertas deberán ser presentadas hasta horas 16:10, del día **Martes 19 de marzo de 2024**, de forma digital mediante correo a la dirección: [claudia.dominguez@csbp.com.bo](mailto:claudia.dominguez@csbp.com.bo); o en oficinas administrativas en la unidad de Compras ubicadas en la Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo). Citar como referencia:

**“SC-CP-023-2024 COMPRA DE MEDICAMENTOS DENTRO DE LA LINAME” – PRIMERA CONVOCATORIA**

1. **OBJETO:**

La CSBP Santa Cruz, requiere realizar la compra de MEDICAMENTOS para reabastecimiento de stock

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | CÓDIGO | DETALLE | CANTIDAD | UNIDAD |
| 1 | A-02-02 | OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA | 20.000 | COMPRIM |
| 2 | A-02-04 | RANITIDINA 50 MG INY. | 1.500 | AMPOLLA |
| 3 | A-02-05 | OMEPRAZOL 40 MG INYECTABLE | 400 | FCO-AMP |
| 4 | A-03-01 | ATROPINA SULFATO 1 MG/ML | 55 | AMPOLLA |
| 5 | A-03-02 | BUTILBROMURO DE HIOSCINA 10MG | 3.300 | COMPRIM |
| 6 | A-03-04 | BUTILBROMURO DE HIOSCINA 20MG/ML INYECTABLE | 1.250 | AMPOLLA |
| 7 | A-03-08 | METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML INY | 600 | AMPOLLA |
| 8 | A-04-02 | ONDANSETRON 8 MG COMPRIMIDOS | 1.200 | COMPRIMIDO |
| 9 | A-06-07 | LACTULOSA 65% SOLUCION | 200 | FRASCO |
| 10 | A-07-05 | SALES DE REHIDRATACION ORAL | 1.800 | SOBRE |
| 11 | A-10-01 | GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO | 3.100 | COMPRIM |
| 12 | A-10-02 | INSULINA HUMANA NPH 100 UI | 380 | FCO- AM |
| 13 | A-10-03 | INSULINA ZN CRISTALINA 100 UI | 70 | FCO- AM |
| 14 | A-10-04 | METFORMINA 850 MG | 57.000 | COMPRIMIDO |
| 15 | A-11-05 | COLECALCIFEROL (VIT D3) 0.25 MCG COMPRIMIDO | 2.000 | COMPRIM |
| 16 | A-11-06 | COMPLEJO B COMPRIMIDO | 30.000 | COMPRIM |
| 17 | A-11-07 | COMPLEJO B INYECTABLE | 1.500 | AMPOLLA |
| 18 | A-11-17 | TIAMINA (VIT. B1) 300 MG COMP. | 700 | COMPRIM |
| 19 | A-12-05 | ZINC 20 MG SOLUCION ORAL | 90 | FRASCO |
| 20 | B-01-04 | HEPARINA SODICA 5.000UI/ML INY | 10 | FCO- AM |
| 21 | B-02-02 | FITOMENADIONA (VIT K1)10 MG/ML | 260 | AMPOLLA |
| 22 | B-03-02 | ERITROPOYETINA 10.000 UI INY | 425 | AMPOLLA |
| 23 | B-03-06 | SULFATO FERROSO 200 MG COMP | 3.500 | COMPRIM |
| 24 | B-05-04 | BICARBONATO DE SODIO 8% INY. | 210 | AMPOLLA |
| 25 | B-05-06 | CLORURO DE POTASIO 20% INY | 1.200 | AMPOLLA |
| 26 | B-05-07 | CLORURO SODIO 20%X 10 ML INY | 1.250 | AMPOLLA |
| 27 | B-05-21 | MANITOL 20%/500 ML INYECTABLE | 100 | INFUSOR |
| 28 | B-05-22 | SOLUCION FISIOLOGICA 0.9%/500ML INYECTABLE | 1.000 | INFUSOR |
| 29 | B-05-23 | SOLUCION FISIOLOGICA 0.9%/1000ML INYECTABLE | 1.000 | INFUSOR |
| 30 | B-05-32 | RINGER NORMAL 1.000 ML INYECTABLE | 1.200 | INFUSOR |
| 31 | B-05-33 | SULFATO DE MAGNESIO 10% INY | 300 | AMPOLLA |
| 32 | C-01-03 | AMIODARONA HCL 50 MG/ML | 50 | AMPOLLA |
| 33 | C-01-14 | ETILEFRINA 10MG/ML INYECTABLE | 40 | AMPOLLA |
| 34 | C-03-06 | HIDROCLORTIAZIDA 50 MG COMP | 650 | COMPRIM |
| 35 | C-03-07 | HIDROCLOR/AMILORI 50/5MG COMP | 10.000 | COMPRIM |
| 36 | C-05-02 | CORTICOIDE/ANESTESICO POMADA | 60 | TUBO |
| 37 | C-08-02 | NIMODIPINA 30 MG COMPRIMIDO | 2.000 | COMPRIM |
| 38 | C-08-09 | AMLODIPINO 10 MG COMPRIMIDO | 10.000 | COMPRIMIDO |
| 39 | C-09-01 | ENALAPRIL MALEATO 10 MG COMP | 8.000 | COMPRIM |
| 40 | C-09-03 | CARVEDILOL 12.5 MG COMPRIMIDOS | 8.000 | COMPRIMIDO |
| 41 | C-10-01 | ATORVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO | 12.000 | COMPRIM |
| 42 | C-10-02 | GEMFIBROZILO 600 MG COMP | 5.000 | COMPRIM |
| 43 | C-10-06 | ATORVASTATINA 20 MG | 3.000 | COMPRIMIDO |

1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR:**

Las propuestas presentadas por las empresas oferentes, deberán contener la siguiente documentación (la omisión de alguno de los documentos descritos podrá ser causal de inhabilitación de la propuesta):

* 1. **PROPUESTA TECNICA Y PROPUESTA ECONOMICA:** El proponente debe presentar el formulario de “PROPUESTA TECNICA PROPUESTA ECONOMICA” (Anexo 1) manifestando expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada ítem, así mismo, la oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos), el presente formulario debe estar debidamente firmado.

1. **METODOS DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta bajo el sistema menor precio.
   1. **Evaluación Económica:** La comisión de calificación en sesión reservada ordenara las propuestas en función al monto de la oferta económica, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor costo, la segunda propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.
   2. **Evaluación Técnica:** La Comisión de calificación en sesión reservada, calificara la propuesta con el menor costo, procediendo a revisar la propuesta técnica, bajo el sistema CUMPLE o NO CUMPLE, si la

propuesta CUMPLE con todos los requisitos exigidos, queda HABILITADA TECNICAMENTE y se procede a la Adjudicación de lo contrario su oferta es INHABILITADA y se evalúa con mismo procedimiento a la Propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.

1. **ADJUDICACION**:

La adjudicación será realizada por ítem, a la oferta económica más conveniente para la CSBP, siempre y cuando cumplan con las especificaciones técnicas requeridas.

La empresa adjudicada deberá presentar el Certificado de Control de Calidad del lote de medicamento a entregar.

El vencimiento de productos: Los medicamentos entregados deben tener una vida útil superior a 12 meses, caso contrario la empresa adjudicada deberá presentar una carta de compromiso de cambio para lo cual la Caja de Salud de la Banca Privada deberá notificar cualquier cambio con tres meses de antelación, los mismos deben ser cambiados en un plazo no mayor de 30 días calendario impostergablemente.

1. **CONTRATO:** Se suscribirá contrato con el proponente adjudicado, cuando el importe de adjudicación sea igual o mayor a Bs. 50.000. En dicho caso, el proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (7) días hábiles, computables a partir de la notificación de adjudicación, deberá presentar los siguientes documentos en original y fotocopia simple:

**Para Sociedades:**

\* Escritura de Constitución social

\* Poder del representante legal

\* C.I. del representante legal

\* Número de Identificación Tributaria NIT

\* Matricula de FUNDEMPRESA (actualizado) o en su caso Certificado de SEPREC

**Para Empresas Unipersonales**

\* Poder del Representante Legal. (Si corresponde)

\* C.I. del Representante Legal.

\* Número de Identificación Tributaria- NIT

\* Matricula de Comercio (Actualizado)

1. **PLAZO DE ENTREGA:**

La entrega no deberá superar los 15 días calendarios a partir de la confirmación de recepción de la orden de compra o contrato (cuando corresponda).

1. **MULTA**:

Por día de retraso en la entrega de los ítems adjudicados se descontará el 0,3 %.

1. **CONSULTAS**:

El proponente podrá efectuar consultas llamando al teléfono 3427676 Int.3427 Unidad de Compras o vía correo electrónico a la dirección [claudia.dominguez@csbp.com.bo](mailto:claudia.dominguez@csbp.com.bo)

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **SC-CP-023-2024** |  |
|  | Santa Cruz | **Marzo 2024** | | | |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE"PROVEEDOR": |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA COMPRA DE MEDICAMENTOS DENTRO DE LA LINAME -PRIMERA CONVOCATORIA- PROCESO CP 23**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |
|  | | **Agradecemos a Ud.(s) cotizar los productos descritos a continuación, especificando lo solicitado e incluir en el monto los impuestos de Ley, los mismos deben registrar máximo 4 decimales: (El vencimiento de los ítems ofertados debe ser mayor o igual a 12 meses)** | | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **CODIGO** | | **CANT.** | **PRODUCTO** | **PRESENTACIÓN REQUERIDA** | **PROCEDENCIA** | **PRESENTACION OFERTADA** | **FECHA VENCIMIEN.** | **REGISTRO SANITARIO** | **PRECIO UNITARIO BS.** | **PRECIO TOTAL** | **PLAZO DE ENTREGA** | |
| 1 | A-02-02 | | 20.000 | OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 2 | A-02-04 | | 1.500 | RANITIDINA 50 MG INY. | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 3 | A-02-05 | | 400 | OMEPRAZOL 40 MG INYECTABLE | FCO-AMP |  |  |  |  |  |  |  | |
| 4 | A-03-01 | | 55 | ATROPINA SULFATO 1 MG/ML | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 5 | A-03-02 | | 3.300 | BUTILBROMURO DE HIOSCINA 10MG | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6 | A-03-04 | | 1.250 | BUTILBROMURO DE HIOSCINA 20MG/ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 7 | A-03-08 | | 600 | METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML INY | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 8 | A-04-02 | | 1.200 | ONDANSETRON 8 MG COMPRIMIDOS | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 9 | A-06-07 | | 200 | LACTULOSA 65% SOLUCION | FRASCO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 10 | A-07-05 | | 1.800 | SALES DE REHIDRATACION ORAL | SOBRE |  |  |  |  |  |  |  | |
| 11 | A-10-01 | | 3.100 | GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 12 | A-10-02 | | 380 | INSULINA HUMANA NPH 100 UI | FCO- AM |  |  |  |  |  |  |  | |
| 13 | A-10-03 | | 70 | INSULINA ZN CRISTALINA 100 UI | FCO- AM |  |  |  |  |  |  |  | |
| 14 | A-10-04 | | 57.000 | METFORMINA 850 MG | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 15 | A-11-05 | | 2.000 | COLECALCIFEROL (VIT D3) 0.25 MCG COMPRIMIDO | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 16 | A-11-06 | | 30.000 | COMPLEJO B COMPRIMIDO | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 17 | A-11-07 | | 1.500 | COMPLEJO B INYECTABLE | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 18 | A-11-17 | | 700 | TIAMINA (VIT. B1) 300 MG COMP. | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 19 | A-12-05 | | 90 | ZINC 20 MG SOLUCION ORAL | FRASCO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 20 | B-01-04 | | 10 | HEPARINA SODICA 5.000UI/ML INY | FCO- AM |  |  |  |  |  |  |  | |
| 21 | B-02-02 | | 260 | FITOMENADIONA (VIT K1)10 MG/ML | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 22 | B-03-02 | | 425 | ERITROPOYETINA 10.000 UI INY | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 23 | B-03-06 | | 3.500 | SULFATO FERROSO 200 MG COMP | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 24 | B-05-04 | | 210 | BICARBONATO DE SODIO 8% INY. | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 25 | B-05-06 | | 1.200 | CLORURO DE POTASIO 20% INY | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 26 | B-05-07 | | 1.250 | CLORURO SODIO 20%X 10 ML INY | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 27 | B-05-21 | | 100 | MANITOL 20%/500 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |  |  |  |  |  |  | |
| 28 | B-05-22 | | 1.000 | SOLUCION FISIOLOGICA 0.9%/500ML INYECTABLE | INFUSOR |  |  |  |  |  |  |  | |
| 29 | B-05-23 | | 1.000 | SOLUCION FISIOLOGICA 0.9%/1000ML INYECTABLE | INFUSOR |  |  |  |  |  |  |  | |
| 30 | B-05-32 | | 1.200 | RINGER NORMAL 1.000 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |  |  |  |  |  |  | |
| 31 | B-05-33 | | 300 | SULFATO DE MAGNESIO 10% INY | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 32 | C-01-03 | | 50 | AMIODARONA HCL 50 MG/ML | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 33 | C-01-14 | | 40 | ETILEFRINA 10MG/ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |  |  |  |  |  |  | |
| 34 | C-03-06 | | 650 | HIDROCLORTIAZIDA 50 MG COMP | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 35 | C-03-07 | | 10.000 | HIDROCLOR/AMILORI 50/5MG COMP | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 36 | C-05-02 | | 60 | CORTICOIDE/ANESTESICO POMADA | TUBO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 37 | C-08-02 | | 2.000 | NIMODIPINA 30 MG COMPRIMIDO | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 38 | C-08-09 | | 10.000 | AMLODIPINO 10 MG COMPRIMIDO | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 39 | C-09-01 | | 8.000 | ENALAPRIL MALEATO 10 MG COMP | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 40 | C-09-03 | | 8.000 | CARVEDILOL 12.5 MG COMPRIMIDOS | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 41 | C-10-01 | | 12.000 | ATORVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 42 | C-10-02 | | 5.000 | GEMFIBROZILO 600 MG COMP | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
| 43 | C-10-06 | | 3.000 | ATORVASTATINA 20 MG | COMPRIMIDO |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | **Nota: La empresa adjudicada deberá presentar el Certificado de Control de Calidad del lote de medicamento y/o material médico a entregar.** | | | | | | | | | | | |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **Martes 19 de marzo de 2024 a horas 16:10** vía correo electrónico a la dirección: [claudia.dominguez@csbp.com.bo](mailto:claudia.dominguez@csbp.com.bo), o en físico en Oficinas

administrativas de la CSBP, dirección: Calle Eucaliptos s/n, paralelo a la Doble vía la Guardia entre 4to y 5to anillo, Unidad de Compras Regional Santa Cruz.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Validez de la oferta: | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Santa Cruz** |  | de |  | de **2024** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SELLO EMPRESA NOMBRE Y FIRMA