

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### TJ-CP-07-2023

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES”** |

**Tarija, julio de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPARACIÓN DE PROPUESTAS TJ-CP-07-2023**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Tarija invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES** |
| Tipo de Convocatoria: Comparación de Propuestas |
| Forma de adjudicación: POR LA TOTALIDAD |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Dra. Karina Martínez Zárate  Lic. Esmeralda Ríos Leyton |
| Correo electrónico: esmeralda.rios@csbp.com.bo |
| Teléfono: 66-45562 int. 8107 – 8113  Celulares: 79133100 – 67639375 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación de la Solicitud de Propuestas | De:  04/07/2023 | Hasta:  15:00 pm | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | Presentación de Ofertas | Hasta:  10/07/2023 | Hasta:  15:00 pm | **Presentación Electrónica:** silvia.martinez@csbp.com.bo  esmeralda.rios@csbp.com.bo |
| 3 | Resultado Del Proceso | \*18/07/2023 | | Notificación enviada al adjudicado |

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

|  |
| --- |
| **CODIGO DE PROCESO:**  **TJ-CP-07-2023** |

**INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS PARA**

**CONTRATACIÓN DE SEVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES**

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 servicios requeridos en el presente proceso para la **CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES.**

**FECHA DE PRESENTICIÓN DE PROPUESTAS**

Las ofertas podrán ser presentadas hasta **hora 15:00 del día lunes 10 de julio de 2023,** de forma digital mediante correo electrónico o en físico:

* En caso de que su propuesta sea enviada de forma digital, deberá ser enviada, antes de la fecha límite establecida a los siguientes correos electrónicos: esmeralda.rios@csbp.com.bo, indicando como referencia **“TJ-CP-07-2023 – CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES”,** la misma deberá contener todos los espacios debidamente llenados.
* En caso de presentar su propuesta en forma física, puede entregarla en la siguiente dirección: Calle 15 de abril N° 432 entre Delgadillo e Isaac Attie), en sobre cerrado, debidamente rotulado especificando la referencia de la siguiente manera: **“TJ-CP-07-2023 – CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES”.**

1. **OBJETO:**

Brindar atención a la población asegurada a la CSBP regional Tarija, mediante la contratación del servicio de Farmacia en Provincia, por tal motivo se requiere lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD (MESES) |
| 1 | SERVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES | 24 |

1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR**
2. Carta de postulación
3. Hoja de vida
4. Fotocopia simple del título Académico y en Provisión Nacional del (la) Profesional y de matrícula profesional.
5. Fotocopia del carnet de identidad.
6. Fotocopia de NIT (deseable).
7. **Propuesta Técnica:** El proponente debe presentar el formulario de “PROPUESTA TECNICA” (Anexo 1) manifestando expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento, debidamente firmado.
8. **Propuesta económica:** La propuesta económica debe ser presentada en el formulario “PROPUESTA ECONOMICA” (Anexo 2). La oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos) y deberá incluir los costos adicionales, la CSBP no reconocerá pagos adicionales que no estén incluidos en sus propuestas.
9. **METODOS DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el menor precio.
10. **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.
11. **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.
12. **ADJUDICACIÓN**

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

1. **PLAZO DE CONTRATO**

El contrato tendrá un plazo de Dos (2) años.

1. **CONTRATO**

El ganador del proceso, para la firma del contrato, deberá presentar:

Fotocopia de Cédula de Identidad.

Documentación original y respaldos con el propósito de verificar la autenticidad de la documentación presentada.

1. **CONSULTAS:**

El proponente podrá efectuar Cualquier consulta, llamando al teléfono 66-45562 int. 8107 – 8113 Dra. Karina Martínez Zárate ó Lic. Esmeralda Ríos Leyton

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **TJ-CP-07-2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tarija | **julio 2023** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”: |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna PROPUESTA las características de su propuesta que cumplan con los requisitos indispensables establecidos por la CSBP.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **1.- REQUISITOS INDISPENSABLES** | **PROPUESTA** | **OBSERVACIONES** |
| **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento, manifestando aceptación y adjuntando lo requerido)** |
| *1.* | Debe contar con la autorización de funcionamiento de la alcaldía y NIT respectivo para funcionamiento farmacia **(adjuntar fotocopia)** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *2.* | Resolución Departamental actualizada de funcionamiento emitida por SEDES **(adjuntar fotocopia)** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *3.* | Compromiso de cubrir el 100% de los Medicamentos incluidos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales y el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la Seguridad Social (LINAME) y material Médico Quirúrgico. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *4.* | El horario de atención a los pacientes debe ser de lunes a viernes de 8:00 am, a 12:30 y de 15:00 a 20:00 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *5.* | Compromiso para la provisión de medicamentos en caso de emergencia en el horario que sea requerido, con atención las 24 horas del día, además en feriados, paros y fin de semana, sin costo adicional. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *6.* | Compromiso de que los productos farmacéuticos serán adquiridos de empresas legalmente establecidas en el país y contar con Registro Sanitario vigente en el Ministerio Salud y Control de Calidad que respalde los medicamentos dispensados y que en caso de ser requeridos por nuestra institución se puedan presentar fotocopias. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *7.* | Compromiso que los productos farmacéuticos al momento de su entrega deberán tener vida útil no menor de tres meses. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *8.* | La entrega del producto farmacéutico en su envase primario y secundario, debidamente identificado. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *9.* | Compromiso que la entrega del producto farmacéutico deberá ser previa presentación de la receta llenada con nombre genérico en el formulario Institucional de la CSBP, sellada y firmada por los médicos y pacientes.  El medicamento por ningún motivo podrá ser cambiado por otro principio activo del prescrito por el médico tratante | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *10* | Compromiso de entregar listado de medicamentos dispensados y la factura correspondiente, en forma mensual en plazo estipulado por la CSBP incluyendo Nombre del paciente, matricula, Nombre genérico del producto, Nombre comercial, forma farmacéutica, concentración, precio unitario y precio total, fecha de recepción de la receta y fecha de dispensación y foliado de las recetas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *11* | Especificar números de telefonía fija y/o otro móvil para las emergencias y disponible las 24 horas del día. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *12* | Presentar facturas de compra de medicamentos de la farmacia a requerimiento de la C.S.B.P. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *13* | Los precios de Los Medicamentos que no estén incluidos en la LINAME serán obligatoriamente negociados por la Institución cuando sean solicitados. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **2.- REQUISITOS ESPECÍFICOS** | **PROPUESTA** | **OBSERVACIONES** |
| **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento, manifestando aceptación y adjuntando lo requerido)** |
| *a)* | Los precios de Los Medicamentos incluidos en la LINAME no deben sobrepasar preferentemente a la lista de precios otorgados por la AGEMED. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *b)* | Número de profesionales con que cuenta la farmacia para atención al público.  Adjuntar de cada profesional Fotocopia simple de Titulo en Provisión Nacional, Matricula Profesional y carnet del Colegio respectivo. **(Currículo Vitae)** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| **LOCALIZACION** | | | |
| *c)* | Calle, Avenida u otro. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *d)* | Fax | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *e)* | Teléfono | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *e)* | celulares | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| **INFRAESTRUCTURA** | | | |
| *f)* | Especificar número de ambientes adecuados para farmacia y clientes, el mismo sujeto de visita a cargo de la comisión de calificación. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |
| *g)* | Sistema de cadena de frío permanente, a verificarse con visita por la Comisión de Calificación | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |

***Datos* Bioestadísticos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **ENERO 2022** | **FEBRERO 2022** | **MARZO 2022** | **ABRIL 2022** | **MAYO 2022** | **JUNIO 2022** | **JULIO 2022** | **AGOSTO 2022** | **SEPTIEMBRE 2022** | **OCTUBRE 2022** | **NOVIEMBRE 2022** | **DICIEMBRE 2022** |
| SERVICIO DE FARMACIA EN PROVINCIA | 10557,00 | 724,00 | 1466.50 | 1538,00 | 1638.50 | 4222.50 | 4512.50 | 3632,00 | 3847,00 | 3594.50 | 3907,00 | 4892.50 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA CONTRATACIÓN DE SERVICIO FARMACIA EN PROVINCIA VILLAMONTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tarija** | | **de** | **julio** | **de 2023** | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”:** | |  | |  |  | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA** | | | | |  |  | | | |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | | **MONTO FIJO UNITARIO (BS)** | **MONTO TOTAL (GLOBAL)** | | | |
| 1 | AMOXICILINA 1 G | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 2 | AMOXICILINA 500 MG/5 ML | SUSPENSION | 1 | |  |  | | | |
| 3 | AMOXICILINA+IBL 250/62.5ML/5ML | SUSPENSION | 1 | |  |  | | | |
| 4 | ANTIGRIPAL | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 5 | AZITROMICINA 200MG/5ML | SUSPENSION | 1 | |  |  | | | |
| 6 | CEFIXIMA 100 MG/5 ML | SUSPENSION | 1 | |  |  | | | |
| 7 | CIPROFLOXACINA 500 MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 8 | CLARITOMICINA250 MG/5ML | SUSPENSION | 1 | |  |  | | | |
| 9 | CLARITROMICINA 500MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 10 | CLOTRIMAZOL 1% POM. DERMICA | POMADA | 1 | |  |  | | | |
| 11 | CLOTRIMAZOL 100 MG | ÓVULO | 1 | |  |  | | | |
| 12 | CODEINA FOSFATO 10MG/5ML JARABE | FRASCO | 1 | |  |  | | | |
| 13 | COMPLEJO B INY | AMPOLLA | 1 | |  |  | | | |
| 14 | COTRIMOXAZOL 800/160 MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 15 | DEXAMETASONA 4 MG/ML INY | AMPOLLA | 1 | |  |  | | | |
| 16 | DEXTROMETORFANO 10MG/5ML JARABE | FRASCO | 1 | |  |  | | | |
| 17 | DICLOFENACO 50 MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 18 | DICLOFENACO 75 MG INY | AMPOLLA | 1 | |  |  | | | |
| 19 | DICLOFENACO GEL TOPICO | TUBO | 1 | |  |  | | | |
| 20 | FLUCONAZOL 150 MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 21 | GENTAMICINA 80 MG INY | AMPOLLA | 1 | |  |  | | | |
| 22 | IBUPROFENO 400 MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 23 | IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE | FRASCO | 1 | |  |  | | | |
| 24 | LACTULOSA 65% JARABE | FRASCO | 1 | |  |  | | | |
| 25 | METAMIZOL 1 G INYECTABLE | AMPOLLA | 1 | |  |  | | | |
| 26 | METOCLOPRAMIDA 10 MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 27 | METRONIDAZOL 500 MG | ÓVULO | 1 | |  |  | | | |
| 28 | METRONIDAZOL 250 MG/5ML SUSP | FRASCO | 1 | |  |  | | | |
| 29 | MULTIVITAMINAS JARABE | JARABE | 1 | |  |  | | | |
| 30 | PARACETAMOL 120MG/5ML JBE | JARABE | 1 | |  |  | | | |
| 31 | PARACETAMOL 500 MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| 32 | PENICILINA BENZAT 1.2MEGA | AMPOLLA | 1 | |  |  | | | |
| 33 | PIRANTEL PAMOAT 250MG/5ML SUSP. | FRASCO | 1 | |  |  | | | |
| 34 | PROPINOXATO 10-5MG | COMPRIMIDO | 1 | |  |  | | | |
| * Se aclara que el presente listado refleja los medicamentos de mayor rotación, sin embargo, el proponente debe dispensar cualquier otro medicamento que requiera la CSBP según lo requerido en las Especificaciones Técnicas. | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | | | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Validez de la oferta: | | |  | | | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | **Tarija ------------- de** | | **----------** | **------** | **2023** | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |