

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### ON-CP-019-2022

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“COMPRA DE ACCESORIOS”** |

 **La Paz, Septiembre de 2022**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****COMPARACIÓN DE PROPUESTAS ON-CP-019-2022****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Nacional invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **COMPRA DE ACCESORIOS** |
| Tipo de Convocatoria: Comparación de Propuestas |
| Forma de adjudicación: POR ÍTEM |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Ing. Jose Luis Flores C. Ing. Ronaldo Reque L.  Ing. Juan Carlos Mendoza  Lic. Yessica V. Montoya T. |
| Correo electrónico: yessica.montoya@csbp.com.bo |
| Teléfono: 2392395 int. 1176 |

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación de la Solicitud de Propuestas  | Hasta: 19/09/2022 | Hasta:16:00 | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | Presentación de Ofertas | Hasta: 23/09/2022 | Hasta:11:30 | **Presentación Electrónica:** yessica.montoya@csbp.com.bo |
| 3 | Resultado Del Proceso | 30/09/2022 | Envío de notas y/o correos 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: ON-CP-019-2022** |

 **COMPRA DE ACCESORIOS**

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 bienes requeridos en el presente proceso de adquisición para presentar ofertas para la **COMPRA DE ACCESORIOS.**

1. **FECHA DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**:

Las ofertas deberán ser presentadas hasta horas 11:30, del día **viernes 23 de septiembre del 2022**, de forma digital mediante correo electrónico:

* En caso de que su propuesta sea enviada de forma digital, deberá ser enviada, antes de la fecha límite establecida al siguiente correo electrónico: yessica.montoya@csbp.com.bo, indicando como referencia **“ON-CP-019-2022 COMPRA DE ACCESORIOS”,** la misma deberá contener todos los espacios debidamente llenados.
1. **OBJETO:**

La CSBP Oficina Nacional, requiere la compra de ACCESORIOS, estos bienes serán entregado en la Oficina Nacional de la Caja de Salud de la Banca Privada, ubicada en la Calle Federico Zuazo, Esq. Reyes Ortiz, Edif. Torre Gundlach Torre Este Piso 2, por tal motivo se requiere lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD |
| 1 | ECRAN TIPO 1  | 1 |
| 2 | ECRAN TIPO 2 | 1 |
| 3 | DATASHOW | 1 |
| 4 | MONITOR | 3 |
| 5 | TELEVISOR | 1 |
| 6 | BIOMETRICO | 1 |

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:** 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.

* 1. **PROPUESTA ECONOMICA:** 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 de importación, transporte, material eléctrico y la provisión de todos los elementos y accesorios necesarios para la instalación completa y puesta en funcionamiento del equipo, la CSBP no reconocerá pagos adicionales que no estén incluidos en sus propuestas
1. **METODOS DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el 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.
2. **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.

1. **PLAZO DE ENTREGA:**

La entrega de los equipos depende del plazo establecido para cada ítem a partir de la emisión de la orden de compra.

1. **ORDEN DE COMPRA**:

Para el presente proceso, en caso de adjudicación, se suscribirá una orden de compra por los bienes adquiridos.

1. **CONSULTAS**:

El proponente podrá efectuar consultas llamando al teléfono 2392395 Int.1176 Unidad de Compras o vía correo electrónico a la dirección yessica.montoya@csbp.com.bo

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | **ON-CP-019-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | La Paz | **Septiembre 2022** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA COMPRA DE ACCESORIOS**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna OFRECIDO las características de los diferentes ítems.

**ITEM 1: ECRAN TIPO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DEL EQUIPO** |
| Marca | Especificar |  |  |  |
| Modelo | Especificar |  |  |  |
| Cantidad | 1 |  |  |  |
| **CARACTERISTICAS** |
| Tamaño  | Formato 1:1 o superior |  |  |  |
| Tamaño 2.13 x 2.13 mts |  |  |  |
| Tipo de pantalla | Color Mate White o similares |  |  |  |
| Tela: Vinil de 0.42 mm o superior con respaldar oscuro  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Debe tener una Angulo de vista de 180° o superior |  |  |  |
| Debe ser Antireflex o similar |  |  |  |
| Tipo de montaje | Techo/pared |  |  |  |
| Debe ser **ELECTRICO** |  |  |  |
| Accesorios | Debe incluir mando a distancia  |  |  |  |
|  |
| Garantía | 1 año o superior |  |  |  |
|  |
| Inspecciones y pruebas | No se aceptarán equipos reacondicionados, y se debe realizar el montado de la misma, en coordinación con el personal de Tecnología. |  |  |  |
|  |
| Experiencia | Experiencia de 1 trabajo realizado en venta de equipos en tecnología. Teniendo respaldo de CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, ACTAS DE CONFORMIDAD O FACTURAS |  |  |  |
|  |
| Lugar de entrega | **1** equipo deberá entregarse en oficinas de la Caja de Salud de la Banca Privada Oficina Nacional, entre Federico Suazo y Reyes Ortiz, esq. edif. Gundlach. |  |  |  |
| Tiempo de entrega | 15 días calendario |  |  |  |

**ITEM 2: ECRAN TIPO 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DEL EQUIPO** |
| Marca | Especificar |  |  |  |
| Modelo | Especificar |  |  |  |
| Cantidad | 1 |  |  |  |
| **CARACTERISTICAS** |
| Tamaño  | Formato 1:1 o superior |  |  |  |
| Tamaño 3.05 x 3.05 mts |  |  |  |
| Tipo de pantalla | Color Mate White o similares |  |  |  |
| Tela: Vinil de 0.42 mm o superior con respaldar oscuro  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Debe tener un ángulo de vista de 180° o superior |  |  |  |
| Debe ser Antireflex o similar |  |  |  |
| Tipo de montaje | Techo/pared |  |  |  |
| Debe ser ELECTRICO |  |  |  |
| Accesorios | Debe incluir mando a distancia  |  |  |  |
|  |
| Garantía | 1 año o superior |  |  |  |
|  |
| Inspecciones y pruebas | No se aceptarán equipos reacondicionados, y se debe realizar el montado de la misma, en coordinación con el personal de Tecnología |  |  |  |
|  |
| Experiencia | Experiencia de 1 trabajo realizado en venta de equipos en tecnología. Teniendo respaldo de CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, ACTAS DE CONFORMIDAD O FACTURAS |  |  |  |
|  |
| Lugar de entrega | **1** equipo deberá entregarse en oficinas de la Caja de Salud de la Banca Privada Oficina Nacional, entre Federico Suazo y Reyes Ortiz, esq. edif. Gundlach. |  |  |  |
| Tiempo de entrega | 15 días calendario |  |  |  |

**ITEM 3: DATASHOW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DEL EQUIPO** |
| Marca | Especificar |  |  |  |
| Modelo | Especificar |  |  |  |
| Cantidad | 1 |  |  |  |
| **CARACTERISTICAS** |
| Sistema de Proyección | 3 chips (3LCD) o Superior  |  |  |  |
| Tipo de Proyección | Frontal, Posterior, Techo |  |  |  |
| Luminosidad en color o blanco | 4000 LUMENES o Superior |  |  |  |
| Resolución Nativa | WXGA (1280 x 800) o Superior |  |  |  |
| Relación de Aspecto | 16:10 |  |  |  |
| Puertos | 2 HDMI o Superior, 1 VGA o Superior, 1 RJ45  |  |  |  |
| Accesorios | Cable de Poder |  |  |  |
| Cable HDMI |  |  |  |
| Chromecast v.4  |  |  |  |
| EzCastPro v.2 |  |  |  |
| Control Remoto |  |  |  |
| Bolso de transporte |  |  |  |
| Ecran de transporte 100 “ con trípode  |  |  |  |
| Soporte de montaje a techo |  |  |  |
|  |
| Garantía  | 1 año o superior |  |  |  |
|  |
| Inspecciones y pruebas | No se aceptarán equipos reacondicionados y el modelo del equipo deberá estar registrado en la página web del fabricante |  |  |  |
| En caso de montaje a techo, el proveedor deberá realizar el montaje en coordinación con el personal de Tecnología. |  |  |  |
|  |
| Experiencia | Experiencia de 2 trabajos realizados en venta de equipos y/o accesorios de Tecnología. Teniendo respaldo de CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, ACTAS DE CONFORMIDAD O FACTURAS |  |  |  |
|  |
| Lugar de entrega | **1** equipo deberá entregarse en oficinas de la Caja de Salud de la Banca Privada Oficina Nacional, entre Federico Suazo y Reyes Ortiz, esq edif. Gundlach. |  |  |  |
| Tiempo de entrega | 30 días calendario |  |  |  |

**ITEM 4: MONITOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DEL EQUIPO** |
| Marca | Especificar |  |  |  |
| Modelo | Especificar |  |  |  |
| Cantidad | 3 |  |  |  |
| **CARACTERISTICAS** |
| Pantalla | 23.8 Pulgadas o superior |  |  |  |
| Debe soportar IPS, W-LED |  |  |  |
| 1920 x 1080 Pixeles o superior |  |  |  |
| Debe ser Pivotable |  |  |  |
| Puertos | Mínimamente: 1 VGA, 1 HDMI o Superior. |  |  |  |
| Accesorios | Cable de Poder |  |  |  |
| Incluir Cable HDMI de conexión al equipo portátil o de escritorio. |  |  |  |
|  |
| Garantía  | 3 años o superior |  |  |  |
|  |
| Inspecciones y pruebas | No se aceptarán equipos reacondicionados y el modelo del equipo deberá estar registrado en la página web del fabricante |  |  |  |
|  |
| Experiencia | Experiencia de 2 trabajos realizados en venta de equipos de Tecnología. Teniendo respaldo de CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, ACTAS DE CONFORMIDAD O FACTURAS |  |  |  |
|  |
| Lugar de entrega | **3** equipos deberán entregarse en oficinas de la Caja de Salud de la Banca Privada Oficina Nacional, entre Federico Suazo y Reyes Ortiz, esq edif. Gundlach. |  |  |  |
| Tiempo de entrega | 20 días calendario |  |  |  |

**ITEM 5: TELEVISOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DEL EQUIPO** |
| Marca | Especificar |  |  |  |
| Modelo | Especificar |  |  |  |
| Cantidad | 1 |  |  |  |
| **CARACTERISTICAS** |
| Tamaño | 86” |  |  |  |
| Tipo  | 4 K Smart tv |  |  |  |
| Pantalla | UHD o superior, Plana, Resolución 3840 x 2160 o superior |  |  |  |
| Puertos | 3 HDMI o superior1 USB o Superior1 salida de Audio digital o superior |  |  |  |
| Conectividad | BluetoothWIFILAN (RJ45) |  |  |  |
| Accesorios | Debe incluir control remoto y baterías. |  |  |  |
| Debe incluir cámara web con micrófono integrado |  |  |  |
| Debe incluir pedestal para tv 85” |  |  |  |
| Debe incluir soporte para tv 85” |  |  |  |
| Debe incluir dos regletas de energía de 10 conexiones |  |  |  |
|  |
| Garantía | 1 año o superior |  |  |  |
|  |
| Inspecciones y pruebas | No se aceptarán equipos reacondicionados y el modelo del equipo deberá estar registrado en la página web del fabricante |  |  |  |
|  |
| Experiencia | Experiencia de 2 trabajos realizados en venta de equipos de tecnología. Teniendo respaldo de CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, ACTAS DE CONFORMIDAD O FACTURAS |  |  |  |
|  |
| Lugar de entrega | **1** televisor deberá entregarse en oficinas de la Caja de Salud de la Banca Privada Oficina Nacional, entre Federico Suazo y Reyes Ortiz, esq edif. Gundlach. |  |  |  |
| Tiempo de entrega | 15 días calendario |  |  |  |

**ITEM 6: BIOMETRICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DEL EQUIPO** |
| Marca | Especificar |  |  |  |
| Modelo | Especificar |  |  |  |
| Cantidad | 1 |  |  |  |
| **CARACTERISTICAS** |
| Tipo | Terminal de Control de Acceso/Gestión de Asistencia |  |  |  |
|  | Huella, Rostro y Tarjeta ID |  |  |  |
| Capacidad | Registros 200000 Rostros 6.000 minimo |  |  |  |
| Pantalla | 5" touch |  |  |  |
| Conectividad | TCP/IP y USB |  |  |  |
| Reconocimiento | Doble cámara |  |  |  |
|  |
| Garantía | 1 año o superior |  |  |  |
|  |
| Inspecciones y pruebas | No se aceptarán equipos reacondicionados y el modelo del equipo deberá estar registrado en la página web del fabricante |  |  |  |
|  |
| Experiencia | Experiencia de 2 trabajos realizados en venta de equipos de tecnología. Teniendo respaldo de CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, ACTAS DE CONFORMIDAD O FACTURAS |  |  |  |
|  |
| Lugar de entrega | 1 biométrico deberá entregarse en oficinas de la Caja de Salud de la Banca Privada Oficina Nacional, entre Federico Suazo y Reyes Ortiz, esq edif. Gundlach. |  |  |  |
| Tiempo de entrega | 20 días calendario |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **viernes 23 de septiembre a horas 11:30** vía correo electrónico a la dirección: yessica.montoya@csbp.com.bo.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Validez de la oferta: |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **La Paz** |   | de |  | de **2022** |

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

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

 SELLO EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA COMPRA DE COMPRA DE ACCESORIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **La Paz** |  | **de Septiembre** |  **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **Nº** | **DETALLE**  | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | ECRAN TIPO 1  | 1 |   |   |
| 2 | ECRAN TIPO 2 | 1 |  |  |
| 3 | DATA SHOW | 1 |  |  |
| 4 | MONITOR | 3 |  |  |
| 5 | TELEVISOR | 1 |  |  |
| 6 | BIOMETRICO | 1 |  |  |
|  | **TOTAL BS.-** |  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **La Paz -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |