

### PLIEGO DE CONDICIONES

**INVITACION PUBLICA**

### ON-IP-006-2024

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME”** |

**La Paz, Junio de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **INVITACIÓN PÚBLICA ON-IP-006-2024**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Nacional invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME** |
| Tipo de Convocatoria: Invitación Publica |
| Forma de adjudicación: Por Item |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Calidad y Precio |
| Encargados de atender consultas: Nombre: Lic. Ana Bernal Almanza  Nombre: Dra. Lilia Verazain Salgueiro |
| Correo electrónico: [ana.bernal@csbp.com.bo](mailto:ana.bernal@csbp.com.bo)  [lilia.verazain@csbp.com.bo](mailto:lilia.verazain@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 2392395 int. 1177 - 1112 |

**INVITACION PUBLICA**

**ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 29/06/24 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:  03/07/24 | Hasta  Hrs. 12:30 | Dirigidas a:  [proveedores@csbp.com.bo](mailto:proveedores@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:  05/07/24 | Hasta  Hrs. 10:30 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  ID de reunión: 895 4712 5968 Código de acceso: 689096  Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  19/07/24 | Hasta:  10:00 | **Presentación Física:**  Calle Reyes Ortiz Edificio Gundlach Anexo P1 Recepción |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta:  19/07/24 | Hasta:  10:30 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  ID de reunión: 895 4712 5968 Código de acceso: 689096  Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 7 | Resultado Del Proceso | 28/08/24 | | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE I**  **INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** | |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE** | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº051/2023 del 14 de agosto de 2023, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES** | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:   1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia. 2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia. |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades:   * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada. * Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP. * Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.   Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación:   * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo. * Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa. * Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto. |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE** | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:   * 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.   2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.   3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente. |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP** | * 1. Instancia de Aprobación:   Lic. Alvaro Chirveches P. Gerente Administrativo Financiero  Dr. Jhemis Molina G. Gerente Médico     * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Carlos Quiroga Gerente General  Lic. Alvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero  Dr. Jhemis Molina Gerente Médico |
| 1. **IDIOMA** | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA** | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN** | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:   1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física. 2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío. 3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación. |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:   1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso. 2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación. 3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.   La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.  Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.  Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.  El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:   1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC. 2. Error en el PC. |
| 1. **13. RESPONSABILIDAD** | En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre en responsabilidad alguna respecto de los proponentes afectados con estas decisiones. |
| 1. **MULTAS** | La **CSBP** ante el incumplimiento del **PROVEEDOR** respecto de las obligaciones asumidas en este Contrato, aplicará una multa equivalente al cero punto tres por ciento (0.3%) del importe correspondiente a los **BIENES** que falten entregar, por cada día de atraso en la entrega. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidas:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al **Formulario N°1**, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al **Formulario N°2**, en **original.** * Compromiso mediante carta, de mantenimiento del precio ofertado por noventa (90) días calendario **Formulario N°3**, en **original** * Experiencia del Proponente **Formulario N°4**, en **original** * **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento o Póliza de Garantía a Primer Requerimiento ,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el monto equivalente al uno por ciento (1.0%) del valor de la propuesta económica presentada**,** con validez de **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.   Ejecución: esta garantía será ejecutada:   * Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas. * Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta. * Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.   Devolución: esta garantía será devuelta:   * A los otros proponentes, una vez suscrito el contrato * Después de la declaratoria desierta de la convocatoria * Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * **Formulario** **N°5** de Especificaciones Técnicas “Requisitos Generales”, identificado en los Anexos de este documento, **en original (para cada ítem).** * **Formulario** **N°6** de Especificaciones Técnicas “Capacidad Operativa”, identificado en los Anexos de este documento, **en original (para cada ítem).** * Acompañar para cada uno de los Productos ofertados los **Formularios N°5, N°6**. Estos formularios deben estar obligatoriamente firmados por el Regente Farmacéutico acreditado y el Representante Legal de la Empresa Oferente. * Fotocopia modelo de Certificado de Control de Calidad de cada producto ofertado de acuerdo a Farmacopea de referencia o Técnica propia del laboratorio productor debidamente validada. * Muestra comercial de cada medicamento ofertado según lo señalado en las especificaciones técnicas que debe ser idéntico al producto; el envase primario, secundario y presentación que ofertan debe ser de acuerdo al Registro Sanitario. * Fotocopias Legalizadas de Registro Sanitario de todos y cada uno de los productos farmacéuticos a ofertarse expedido por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes. Para los casos en que el Registro Sanitario se halle en trámite de reinscripción se deberá adjuntar copia de la solicitud de reinscripción presentada a la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes. No se tomarán en cuenta solicitudes de reinscripción presentadas fuera del plazo establecido en el registro sanitario. * Adicionalmente: Certificado de Registro de Empresa actualizado, emitido por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes, señalando que la empresa está legalmente establecida en el país y autorizado su funcionamiento para la gestión correspondiente, para Medicamentos. * Carta de Compromiso de cambio de productos que sufran alteraciones por defecto de fabricación **Formulario N°7.** * Carta de Compromiso de mantener durante una gestión, el precio unitario de los productos ofertados que sean adjudicados por la CSBP, de manera que la Caja de Salud de la Banca Privada, por razones de la tendencia a incrementar el volumen de atención que brinda, pueda requerir realizar compras menores hasta un 40% más de la cantidad licitada y adjudicada **Formulario N°8.**   Cuando el Proponente no es el fabricante de los productos farmacéuticos, debe presentar fotocopia simple del certificado de reconocimiento de representación legal, emitido por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes o carta del laboratorio fabricante, que demuestre que está autorizado para comercializar los medicamentos en Bolivia. Cuando el Proponente es el fabricante debe presentar fotocopia simple de la certificación de fabricante emitida por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes.   * Fotocopia simple del Certificado de exclusividad de comercialización emitido por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes únicamente para los medicamentos que sean de comercialización exclusiva. * Declaración Jurada que Acredita que la Empresa Cuenta con el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) o el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) (Formulario 4), cuando corresponda. Los Formularios de la propuesta son declaraciones juradas de los proponentes, que deben ser presentados en original con la firma del Representante Legal. Para las empresas unipersonales, estos Formularios podrán ser firmados directamente por su propietario, cuando no acrediten a un Representante Legal   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN POR ITEMS**   * La propuesta económica debe ser presentada en el **Formulario N°9, Formulario N°9A** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. 3. Para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS** | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.  La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.  El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.  No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.  La propuesta debe ser presentada en un **EJEMPLAR ORIGINAL** y **UNA COPIA** **DIGITAL.** |
| 1. **RESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **OFICINA NACIONAL,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: Calle Reyes Ortiz Edificio Gundlach Anexo, Piso 1 Recepción  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ON-IP-006-2024**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas 10:30 del día** **17 de Julio de 2024**  Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o complementaciones a la misma.  Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.  Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.  El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continuar participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución  en el Libro de Actas o Registro Electrónico.  La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Garantía de seriedad de Propuesta. 4. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 5. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria (Fianza Bancaria) de Seriedad de Propuesta. 9. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 10. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **CALIDAD Y PRECIO.**  Inicialmente se evaluarán los documentos administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.  Si el proponente hubiese omitido la presentación de algún documento administrativo que sea considerado error subsanable, solicitará al proponente el mencionado documento para que presente en el plazo de tres (3) días hábiles.  Recibido el documento en el plazo establecido, la Comisión de Calificación continuará con la evaluación correspondiente.  Si transcurridos los tres (3 días) hábiles el proponente no envía la documentación solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta.  Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación administrativa serán sometidas a:   1. Evaluación de la calidad, sobre 70 puntos 2. Evaluación de la propuesta económica, sobre 30 puntos |
| 1. **OBJETIVO** | Este sistema está diseñado a seleccionar las propuestas que cumplan con toda la documentación requerida y aprueben la calificación técnica y económica, con la finalidad de elegir la propuesta más conveniente a los intereses de la CSBP.  El procedimiento contempla dos etapas, la primera relacionada con la calificación económica con una ponderación de treinta puntos (30) y la segunda con el análisis de Condiciones Legales, Administrativas y Calificación Técnica, con una ponderación de setenta puntos (70).   |  |  | | --- | --- | | **FACTORES A CALIFICAR** | **PUNTAJE** | | Propuesta Económica | 30 | | Propuesta Técnica | 70 | | **Puntaje Total** | **100** | |
| 1. **METODOLOGIA** | **Evaluación de la Propuesta Económica**  Para la evaluación de la propuesta económica, inicialmente se procederá a verificar en el **Formulario Nº 9** de Propuesta Económica, el monto del precio unitario propuesto por ítem en numeral con el monto propuesto en literal. **Si existiera diferencia entre los montos indicados en numeral y literal, prevalecerá el monto expresado en literal**.  Posteriormente, utilizando el Formulario N°9 se copiarán en el mismo todas las propuestas económicas (precios unitarios) para un ítem determinado, identificando al proponente.  Concluido el llenado de información por ítem, procederá con la evaluación de las ofertas económicas por cada ítem, identificando a la propuesta con el menor precio unitario a la misma que le asignará el mayor puntaje (30 puntos), y a las otras propuestas económicas un puntaje inversamente proporcional al valor de sus ofertas, aplicando la siguiente fórmula:   |  | | --- | | **PEP = (MPO/PP) \*PA** |   Donde:  PEP = Precio Evaluado de la Propuesta  MPO = Menor Precio Ofertado  PP = Precio propuesto  PA = Puntaje Asignado a la Oferta Económica |
| 1. **EVALUACIÓN TECNICA** | La calificación de las Especificaciones Técnicas de los Medicamentos, se realizará asignando puntuación, considerando los siguientes aspectos:  **Calificación Técnica Medicamentos:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Inciso** | **Detalle** | **Puntaje** | | A | Capacidad Operativa del Laboratorio productor | 20 | | B | Especificaciones Técnicas del producto | 20 | | C | Garantías Técnicas  Para los productos biológicos deben presentar Certificado de Biosimilaridad y Biocomparabilidad emitido por la autoridad competente del País de origen (Autoridad Reguladora) | 30 | |  | **PUNTAJE TOTAL** | **70** |   La calificación de la capacidad operativa del Laboratorio Productor se realizará como sigue:  **INCISO “A” Capacidad Operativa del laboratorio productor:**   | **REQUISITOS PARA CALIFICAR LA CAPACIDAD OPERATIVA DEL LABORATORIO PRODUCTOR.** | **20 PUNTOS** | | --- | --- | | **Productos Nacionales**   1. Certificado de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente, emitido por el Ministerio de Salud y Deportes, adjuntar certificado. 2. Indicar si el laboratorio es sujeto de inspecciones regulares por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes en adecuación a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) (adjuntar certificado actualizado emitido por autoridad competente o certificado de cumplimiento de las BPM), para los **productos nacionales**. | 20  15 | | **Productos Importados**   1. Fotocopia de certificado de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) expedido por la autoridad competente del país de origen o en el Modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la certificación de calidad de los productos Objeto de Comercialización Internacional vigente, que refiera que los productos están registrados y comercializados en el país de origen (Adjuntar fotocopia del certificado) 2. Certificado vigente de cumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, emitido por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y deportes para **productos importados** (Adjuntar certificado). 3. En caso de no contar con el certificado se debe incluir un certificado que la empresa es sujeta a inspecciones regulares por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes en adecuación a las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) (adjuntar certificado actualizado). | 10  10  5 |   **INCISO “B” Especificaciones Técnicas del Producto:**  Las especificaciones técnicas del producto serán evaluadas de acuerdo a las características de la presentación del producto asignando el puntaje que corresponda, (**se tomará en cuenta la presentación de muestras**), de acuerdo al cuadro siguiente:   |  |  | | --- | --- | | **FORMA FARMACÉUTICA** | **20 PUNTOS** | | **1. COMPRIMIDOS EN**: |  | | Blíster o Burbuja de aluminio, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual. | 20 | | Folio de aluminio troquelado, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual. | 20 | | Blíster, burbuja de aluminio y folio de aluminio con las características enunciadas anteriormente en envase de 100 comprimidos. | 15 | | **2. CAPSULAS EN:** |  | | Blíster o Burbuja de aluminio rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual. | 20 | | Folio de aluminio troquelado, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual. | 20 | | Blíster o burbuja de aluminio y folio de aluminio con las características enunciadas anteriormente en envase de 100 cápsulas. | 15 | | **3. SUSPENSIONES LIQUIDAS EN:** |  | | Frasco de vidrio o PET con tapa pilfer, rotulado o pirograbado, con dosificador exacto y envase secundario individual. | 20 | | Frasco de PVC con tapa de seguridad, rotulado pirograbado o con etiqueta adherida al envase primario de difícil remoción, con envase secundario individual y dosificador exacto. | 15 | | **4. SOLUCIONES Y SUSPENCIONES OFTALMICAS EN:** |  | | Frasco gotero PET rotulado grabado directo en el envase primario, tapa a rosca con anillo de seguridad y envase secundario individual. | 20 | | Frasco gotero de PVC rotulado grabado directo en el envase primario o con etiqueta adherida en el envase primario de difícil remoción, tapa a rosca con anillo de seguridad. | 15 | | **5.UNGUENTOS Y GELES OFTÁLMICOS EN:** |  | | Tubo monobloque pico oftálmico de aluminio recubierto con resina aislante, rotulado impreso en el envase primario, con envase secundario individual. | 20 | | Tubo monobloque pico oftálmico de plástico, rotulado impreso en el envase primario o con etiqueta adherida al envase primario de difícil remoción y con envase secundario individual. | 15 | | **6. INYECTABLES EN:** |  | | Frasco vial, seguridad adicional a la tapa de aluminio, rotulado o pirograbado con envase secundario individual. | 20 | | Frasco vial seguridad con tapa de aluminio rotulado pirograbado o con etiqueta adherida al envase primario de difícil remoción, en envase hospitalario. | 15 | | **7.INYECTABLES LIQUIDOS EN:** |  | | Ampollas sistema OPC rotulado pirograbado en envase primario y con envase secundario individual. | 20 | | Ampollas con anillo de ruptura con envase secundario individual. | 20 | | Ampollas con anillo de ruptura o sistema OPC rotulado pirograbado o con etiqueta adherida al envase primario de difícil remoción y en envase hospitalario. | 15 | | **8. AEROSOLES EN:** |  | | Tubo con aplicador rotulado grabado en el envase primario con envase secundario individual más instrucciones de uso. | 20 | | Tubo con aplicador rotulado en etiqueta adherida al envase primario en envase hospitalario más instrucciones de uso. | 15 | | **9. POLVOS Y GRANULADOS** |  | | Polvos o granulados en lata rotulado con todas las leyendas exigidas más instrucciones de preparación. | 20 | | Polvos o granulados en caja de cartón rotulado con todas las leyendas exigidas más instrucciones de preparación. | 15 |   **INCISO C) Garantías Técnicas:**  Las garantías técnicas se calificarán considerando lo siguiente:   |  |  | | --- | --- | | **GARANTÍAS TÉCNICAS** | **30 PUNTOS** | | 1. **Medicamentos Oncológicos**:   1. Garantía de eficacia, seguridad y biodisponibilidad del medicamento ofertado, mediante Certificado de Control de Calidad de acuerdo a Farmacopeas de Referencia o técnica propia validada y aprobada (Cumplimiento de las especificaciones físicas, especificaciones químicas, especificaciones Microbiológicas, y especificaciones Biológicas cuando corresponda), estudios de Biosimilaridad y Biocomparabilidad para los productos biológicos, aprobado por autoridad competente en el país de origen. | 20 | | 2. Para medicamentos oncológicos el proveedor se compromete en la dotación de neutralizantes en caso de accidentes con los medicamentos (Derrame, ruptura de ampollas o viales) | 10 | | 1. **Medicamentos Dentro y Fuera de la LINAME**   1. Garantía de eficacia, seguridad y biodisponibilidad del medicamento ofertado, mediante Certificado de Control de Calidad de acuerdo a Farmacopeas de Referencia o técnica propia validada y aprobada (Cumplimiento de las especificaciones Físicas, especificaciones Químicas, especificaciones Microbiológicas, y especificaciones Biológicas cuando corresponda). | 30 |   Para los productos que requieran cadena de frío, es necesario que sean entregados en contenedores especiales para tal fin y con el control físico-químico de constancia de temperatura de acuerdo a la necesidad de cada medicamento.  **Puntuación mínima de calificación técnica:**  Se establece el puntaje mínimo la calificación de 55 puntos, la misma que permitirá su habilitación.    **LITERATURA E INFORMACIÓN**  No se requiere la presentación de información sobre: indicaciones, posología, contraindicaciones, precauciones, efectos secundarios, interacciones de los medicamentos ofertados.  **MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y SUSTANCIAS CONTROLADAS**  En caso de requerirse medicamentos psicotrópicos, estupefacientes y sustancias controladas, los proponentes deberán regirse a la legislación vigente, Ley, 913, Ley 1737 y sus reglamentos correspondientes. |
| 1. **PLAZO DE ENTREGA:** | El Plazo de entrega de los **medicamentos oncológicos** es a requerimiento de la Institución por ciclos.  Para el caso de los **medicamentos esenciales y no esenciales para Patologías Crónicas** la entrega debe ser a requerimiento en forma trimestral. |
| 1. **CALIFICACION FINAL** | Para la calificación final se considerará el puntaje obtenido de la sumatoria de la calificación económica y técnica.  El procedimiento para la evaluación de la propuesta técnica (calidad) y propuesta económica; así como la obtención del puntaje final se repetirá para todos y cada uno de los ítems requeridos.  La Comisión de Calificación elaborará un Informe, recomendando la adjudicación por ítems y precios unitarios de los bienes que tengan la propuesta con el MAYOR PUNTAJE resultante de la suma obtenida en la evaluación técnica y la evaluación económica, sin que necesariamente sea aquella cuyo precio ofertado y leído en el acto de apertura fue el más bajo |
| **29. PLAZO DE EVALUACION** | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles.  Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.  En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| **30. CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN** | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:   1. Nómina de los proponentes y precios ofertados 2. Cuadros comparativos 3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica 4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia. 5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda. 6. Detalle de inhabilitación de propuestas, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de adjudicación o declaratoria desierta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **SUSCRIPCION DE CONTRATO** | |
| **33. PRESENTACION DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta, además de la Garantía de Cumplimiento de Contrato descrita en el punto anterior.  La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.  Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.  Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se ejecutará la garantía de seriedad de propuesta.  Si se utilizó el sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y COSTO, se adjudicará a la propuesta que haya obtenido el segundo lugar en el puntaje total.  En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| **34. MODIFICACIONES AL CONTRATO** | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |
| **35. CANAL DE DENUNCIAS** | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo). |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE V**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | |
| * 1. Solo se aceptarán ofertas de los medicamentos que cuenten con Fotocopia legalizada del Registro Sanitario vigente otorgada por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes. Las ofertas deberán indicar para cada producto el número y fecha de dicho registro.   2. Para los casos en que el Registro Sanitario se halle en trámite de reinscripción se deberá acreditar tal situación o presentar copia de la solicitud de reinscripción presentada a la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes. No se tomarán en cuenta solicitudes de reinscripción presentadas fuera del plazo establecido. |

**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | CARTA DE COMPROMISO DE MANTENER EL PRECIO OFERTADO |
| **FORMULARIO 4** | EXPERIENCIA DEL PROPONENTE  (DECLARACIÓN JURADA DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA) |
| **FORMULARIO 5** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  DE LOS MEDICAMENTOS OFERTADOS “REQUISITOS GENERALES” |
| **FORMULARIO 6** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  DE LOS MEDICAMENTOS OFERTADOS “CAPACIDAD OPERATIVA” |
| **FORMULARIO 7** | CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO DE PRODUCTOS QUE SUFRAN ALTERACIONES POR DEFECTO DE FABRICACIÓN |
| **FORMULARIO 8** | CARTA DE COMPROMISO DE MANTENER VIGENTE  EL PRECIO UNITARIO DE LOS PRODUCTOS QUE FUERAN ADJUDICADOS |
| **FORMULARIO 9** | PROPUESTA ECONÓMICA PARA MEDICAMENTOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME PARA PATOLOGIAS CRONICAS |
| **FORMULARIO 9A** | PROPUESTA ECONÓMICA PARA MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME |
| **FORMULARIO 10** | LISTADOMEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME |
| **FORMULARIO 11** | LISTADOMEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Invitación Pública ON-IP-006-2024**

**“ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME”**

A nombre de (***Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Invitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a inhabilitar la presente propuesta y ejecutar la Garantía de Seriedad de Propuesta.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

**III.- De la Presentación de Documentos.**

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

\*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

d) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra propuesta por un periodo de ………***(indicar número de días que debe ser igual o superior a sesenta (60) días calendario)*** a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa

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

1. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_(*colocar número de testimonio, lugar y fecha)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

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

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados

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

1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_(colocar número, lugar y fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Nombre del representante legal de la asociación accidental

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

1. Documento que lo acredita como representante legal

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

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO N° 3**

**CARTA DE COMPROMISO DE MANTENER EL PRECIO OFERTADO**

Fecha    ....................................

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente

**Ref.: Invitación Pública ON-IP-006-2024**

**“ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME”**

De nuestra consideración:

Declaramos expresamente que nuestra empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(indicar el nombre de la empresa a la que representan)*** se compromete a mantener el precio del bien ofertado por un periodo de ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar en número de días, que debe ser igual o superior a lo indicado en el Pliego de Condiciones)*** días calendario a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas. Dicha propuesta nos obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de que expire el periodo indicado.

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

**Firma**

**(Nombre completo del representante legal)**

**FORMULARIO N°4**

**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE**

**(DECLARACIÓN JURADA DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA)**

***(Fecha)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente

**Ref.: Invitación Pública ON-IP-006-2024**

**“ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME”**

Estimados señores:

Declaro expresamente que la empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el nombre de la empresa a la que representa para participar en la Invitación Pública de referencia)*** cuenta con una experiencia de: ***(solo si fue solicitado en las especificaciones técnicas del PC)***

* Experiencia de la Empresa en el Rubro Farmacéutico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* La Empresa cuenta con el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) o el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA)

En caso de ser adjudicado, la experiencia podrá ser demostrada a través de la presentación de la Resolución Ministerial que autoriza el funcionamiento de la entidad, en Fotocopia Simple.

***(En caso de Asociaciones Accidentales, el primer párrafo deberá cambiarse por el***

***Siguiente texto: “Declaramos expresamente que cada uno de los socios de la asociación accidental\_\_\_\_\_\_\_ (indicar el nombre de cada uno de los socios a los que se representa), contamos con una experiencia de:”).***

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

***(Firma del Representante Legal)***

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

***(Nombre del Representante Legal)***

***-***

**FORMULARIO N° 5**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**DE LOS MEDICAMENTOS OFERTADOS “REQUISITOS GENERALES”**

Los proponentes deberán llenar solamente la columna “propuesta” de acuerdo a los requisitos solicitados. Asimismo, deberán adjuntar la documentación respaldatoria que corresponda y firmar al pie del formulario.

ITEM # \_\_\_\_\_\_ ***(Identificar el número o código del ítem)***

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS NECESARIOS PARA MEDICAMENTOS Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | **PROPUESTA** |
|
| **REQUISITOS GENERALES DE LA PROPUESTA EN RELACION AL PRODUCTO SOLICITADO (Su cumplimiento es requisito indispensable para continuar el proceso de calificación)** |  |
| 1. Nombre Genérico. |  |
| 2. Nombre Comercial del Producto (si lo tiene)  y Nombre del Laboratorio Fabricante. |  |
| 3. Forma farmacéutica |  |
| 4.-Concentración, expresada en unidad de dosificación |  |
| 5. Número y fecha del Registro Sanitario en Bolivia o Certificado de trámite de Reinscripción para el caso de Registros Sanitarios caducos. |  |
| 6. Señalar la dirección, ciudad, país, teléfono y fax del fabricante. |  |
| 7. Fabricación o fraccionamiento por terceros (indicar si procede, bajo qué licencia se fabrica o para qué laboratorio). |  |
| 8. Indicar la conformidad de pago por concepto de análisis de control de calidad a ser efectuado a los productos muestreados según especificaciones técnicas. |  |

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

**Nombre  del  Regente  Farmacéutico Acreditado              Firma**

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

**Nombre completo del representante legal                   Firma**

**FORMULARIO N° 6**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**DE LOS MEDICAMENTOS OFERTADOS “CAPACIDAD OPERATIVA”**

Los proponentes deberán llenar solamente la columna “propuesta” de acuerdo a los requisitos solicitados. Asimismo, deberán adjuntar la documentación respaldatoria que corresponda y firmar al pie del formulario.

ITEM # \_\_\_\_\_\_ ***(Identificar el número o código del ítem)***

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS NECESARIOS PARA MEDICAMENTOS Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | **PROPUESTA** |
| **A) REQUISITOS PARA CALIFICAR LA CAPACIDAD OPERATIVA DEL LABORATORIO PRODUCTOR.** |  |
| 1. Indicar si el laboratorio es sujeto de inspecciones regulares por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes (adjuntar certificado actualizado emitido por autoridad competente), para los productos nacionales. |  |
| 1. Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente para productos nacionales e importados. |  |
| 1. Certificado de inspecciones de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) emitido por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes para productos importados. |  |
| 1. Certificado de inspecciones periódicas en adecuación a las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) emitido por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes para productos importados, en caso de no contar con el Certificado de cumplimiento de BPA. |  |
| **B) REQUISITOS DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |
| 1. Según listado del inciso “B” Especificaciones Técnicas del Pliego de Condiciones. |  |
| **C)  GARANTÍAS TÉCNICAS** |  |
| 1. Para medicamentos oncológicos el proveedor se compromete en la dotación de neutralizantes en caso de accidentes con los medicamentos (Derrame, ruptura de ampollas o viales) |  |
| 1. Garantía de eficacia, seguridad, biodisponibilidad demostrada del medicamento ofertado y estudios de Biosimilaridad y Biocomparabilidad en caso de productos Biológicos. (Según corresponda). |  |

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

**Nombre  del  Regente  Farmacéutico Acreditado              Firma**

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

**Nombre completo del representante legal                    Firma**

**FORMULARIO N° 7**

**CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO DE PRODUCTOS QUE SUFRAN ALTERACIONES POR DEFECTO DE FABRICACIÓN**

Fecha ....................................

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente

**Ref.: Invitación Pública ON-IP-006-2024**

**“ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME”**

De nuestra consideración:

Declaramos expresamente que nuestra empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(indicar el nombre de la empresa a la que representan) se compromete a*** efectuar el cambio de MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, que sufran alteración, variación, trastorno o descomposición por defecto de fabricación en el marco de la presente Invitación Pública, previa notificación por parte de la Caja de Salud de la Banca Privada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(indicar el nombre de la empresa a la que representan)*** en virtud a esta carta se compromete a realizar la reposición de los productos que pudieran sufrir dicha variación en un tiempo máximo de treinta (30) días calendario.

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

**Firma**

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

**Aclaración de la firma**

**FORMULARIO N° 8**

**CARTA DE COMPROMISO DE MANTENER VIGENTE**

**EL PRECIO UNITARIO DE LOS PRODUCTOS QUE FUERAN ADJUDICADOS**

Fecha ....................................

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente

**Ref.: Invitación Pública ON-IP-006-2024**

**“ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME”**

De nuestra consideración:

Declaramos expresamente que nuestra empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(indicar el nombre de la empresa a la que representan)*** se compromete a mantener el precio unitario de los productos que nos fueron adjudicados por la CSBP, durante la gestión........................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(indicar el nombre de la empresa a la que representan)*** en virtud a esta carta se compromete a proveer los productos que pudieran ser requeridos por la CSBP.

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

**Firma**

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

**Aclaración de la firma**

## 

**FORMULARIO N° 9**

**PROPUESTA ECONÓMICA PARA MEDICAMENTOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME PARA PATOLOGIAS CRONICAS**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Código** | **Nombre del Producto** | **Presentación** | **Procedencia** | **Marca** | **Unidad de Manejo** | **Cantidad Requerida** | **Plazo de Entrega** | **Datos Económicos**  **(En Bs)** | | **Obs.** |
| **Precio** | |  |
| **Unitario** | **Total** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

El Plazo de entrega de los medicamentos dentro y fuera de la LINAME para patologías crónicas a requerimiento en forma trimestral, por las Administraciones y Agencias Nacionales.

Los Medicamentos Oncológicos dentro y fuera de la LINAME la entrega debe ser a requerimiento por ciclo y por paciente, por las Administraciones y Agencia Regionales.

* **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**FORMULARIO N° 9A**

**PROPUESTA ECONÓMICA PARA MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Código** | **Nombre del Producto** | **Presentación** | **Procedencia** | **Marca** | **Unidad de Manejo** | **Cantidad Requerida** | **Plazo de Entrega** | **Datos Económicos**  **(En Bs)** | | **Obs.** |
| **Precio** | |  |
| **Unitario** | **Total** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

* **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**FORMULARIO N° 10**

**LISTADO**

**MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME - GESTION 2024**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **INFORMACIÓN DE LA CSBP** | | | | | | |
|
| **ITEM** | **CODIGO** | **PRODUCTO** | **CONCENTRACION** | **PRESENTACION (F,F)** | **UNIDAD DE MANEJO** | **REQUERIMIENTO NACIONAL REFERENCIAL** | **PRECIO UNITARIO REFERENCIAL  Bs.** |
| 1 | A-02-15 | SUCRALFATO | 1 G/5 ML | SUSPENSION | FRASCO | 25 | 68,30 |
| 2 | A-07-06 | RIFAXIMINA | 200 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO O CAPSULA BLANDA | COMPRIMIDO | 360 | 6,36 |
| 3 | A-07-09 | MESALAZINA | 1 G | SUPOSITORIO | SUPOSITORIO | 2.700 | 36,79 |
| 4 | A-10-07 | INSULINA GLARGINA (10 ml) | 100 UI/ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 377 | 411,02 |
| 5 | A-10-08 | INSULINA GLULISINA (10 ml) | 100 UI/ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 166 | 325,00 |
| 6 | A-10-14 | INSULINA GLARGINA PENFIL | 100 UI/ML | INYECTABLE | JERINGA PRELLENADA | 15 | 275,00 |
| 7 | A-10-15 | INSULINA GLULISINA PENFIL | 100 UI/ML | INYECTABLE | JERINGA PRELLENADA | 12 | 220,00 |
| 8 | A-10-17 | SITAGLIPTINA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 500 | 6,26 |
| 9 | A-11-24 | COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) | 2.000 UI | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 1.500 | 1,32 |
| 10 | A-12-07 | CITRATO DE POTASIO GRANULADO | 1.08 MG | GRANULADO | SOBRE | 600 | 3,30 |
| 11 | B-02-09 | FACTOR VIII DE COAGULACION HUMANA | 500 UI | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 145 | 1.938,17 |
| 12 | B-02-13 | FACTOR IX DE COAGULACION HUMANA | 500 UI | INYECTABLE | AMPOLLA | 10 | 2.150,00 |
| 13 | B-05-02 | ALBUMINA HUMANA | 20% | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 2.033 | 305,00 |
| 14 | B-07-08 | LABETALOL | 20 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 30 | 60,00 |
| 15 | C-01-16 | PROPAFENONA CLORHIDRATO | 150 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 720 | 5,48 |
| 16 | C-08-01 | NIFEDIPINO | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 50 | 2,42 |
| 17 | C-08-07 | DILTIAZEN | 60 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 3.520 | 2,20 |
| 18 | D-10-06 | ISOTRETINOINA | 10 MG | CAPSULA | CAPSULA | 360 | 4,40 |
| 19 | D-10-08 | ISOTRETINOINA | 20 MG | CAPSULA | CAPSULA | 4.320 | 5,39 |
| 20 | G-02-09 | CABERGOLINA | 0,5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 3.115 | 42,64 |
| 21 | G-04-02 | TAMSULOSINA | 0.4 MG | CAPSULA | CAPSULA | 2.890 | 4,68 |
| 22 | G-04-04 | TRIMEBUTINA | 200 MG | CAPSULA | CAPSULA | 1.290 | 6,05 |
| 23 | G-04-05 | TAMSULOSINA + DUTASTERIDA | 0.4/0.5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 1.590 | 3,85 |
| 24 | G-04-06 | OXIBUTININA | 10 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 610 | 15,71 |
| 25 | H-01-06 | OCTEOTRIDA | 1 MG/5ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 50 | 110,00 |
| 26 | H-01-14 | SOMATOTROPINA | UI SEGÚN DISPONIBILIDAD | INYECTABLE | AMPOLLA | 3.715 | 56,00 |
| 27 | H-02-02 | DEXAMETASONA | 4 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 500 | 0,82 |
| 28 | H-02-13 | BETAMETASONA ACETATO FOSFATO | 6 MG/6 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 242 | 82,50 |
| 29 | H-02-14 | DEFLAZACORT | 30 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 1.850 | 12,13 |
| 30 | H-02-15 | PREDNISOLONA | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 70 | 113,50 |
| 31 | H-02-18 | DEFLAZACORT | 6 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 100 | 15,84 |
| 32 | H-03-08 | METIMAZOL | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 600 | 2,06 |
| 33 | J-01-78 | LINEZOLID | 600 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 30 | 385,00 |
| 34 | J-06-02 | INMUNOGLOBULINA ANTI D (Rh +) | 0,1 MG/ML A 0,2 MG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 5 | 830,85 |
| 35 | J-06-03 | INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL | 5 G I.V. | INYECTABLE | AMPOLLA | 140 | 4.250,00 |
| 36 | J-07-07 | TOXINA BOTULINICA TIPO A | 100 UI | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 8 | 990,00 |
| 37 | M-01-11 | HIALURONATO DE SODIO | 25 MG/2.5 ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 192 | 352,00 |
| 38 | M-04-04 | FEBUXOSTAT | 80 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO O CAPSULA BLANDA | COMPRIMIDO RANURADO | 180 | 8,54 |
| 39 | M-05-04 | ACIDO ZOLEDRONICO | 4 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 98 | 486,31 |
| 40 | N-02-05 | TAPENTADOL LIBERACIÓN PROLONGADA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 220 | 12,10 |
| 41 | N-02-20 | GABAPENTINA | 300 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 13.600 | 2,64 |
| 42 | N-02-26 | GABAPENTINA | 600 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 2.080 | 4,28 |
| 43 | N-03-14 | LEVETIRACETAM | 1 G | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 7.000 | 15,84 |
| 44 | N-03-17 | TOPIRAMATO | 25 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 360 | 5,78 |
| 45 | N-03-22 | TOPIRAMATO | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 1.940 | 7,37 |
| 46 | N-03-23 | LEVETIRACETAM | 500 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 10.020 | 7,37 |
| 47 | N-03-28 | LEVETIRACETAM | 100 MG/ML | SOLUCION ORAL | FRASCO | 156 | 377,94 |
| 48 | N-03-36 | LACOSAMIDA | 100 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 30 | 12,00 |
| 49 | N-04-06 | PRAMIPEXOL | 1 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 360 | 7,70 |
| 50 | N-05-18 | RISPERIDONA | 1 MG/ML | FRASCO | SOLUCION ORAL GOTAS | 30 | 132,83 |
| 51 | N-05-19 | ESCITALOPRAM | 10 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 4.780 | 2,20 |
| 52 | N-05-22 | DONEPECILO | 10 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 1.000 | 12,13 |
| 53 | N-05-23 | QUETIAPINA | 200 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 1.000 | 19,80 |
| 54 | N-05-28 | QUETIAPINA | 25 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 350 | 3,18 |
| 55 | N-06-09 | MEMANTINA | 10 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 4.000 | 3,74 |
| 56 | N-06-12 | OLANZAPINA | 10 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 540 | 13,20 |
| 57 | N-06-14 | SERTRALINA | 100 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 360 | 23,05 |
| 58 | N-06-19 | CAFEINA CITRATO | 20 MG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 40 | 120,00 |
| 59 | N-07-09 | PAROXETINA | 20 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 3.000 | 4,40 |
| 60 | R-03-14 | SALMETEROL + FLUTICASONA | 25/250 MCG | AEROSOL | FRASCO | 27 | 209,00 |
| 61 | R-03-17 | TIOTROPIO | 18 MCG | CAPSULA | CAPSULA | 1.080 | 12,13 |
| 62 | R-03-18 | MOMETASONA | 0,05 G | AEROSOL | FRASCO | 56 | 201,20 |
| 63 | R-03-22 | BUDESONIDE+FORMOTEROL | 400 MCG/12MCG | AEROSOL | FRASCO | 50 | 202,53 |
| 64 | S-01-29 | BRIMONIDINA | 0,20% | SOLUCION OFTALMICA | FRASCO | 70 | 104,28 |
| 65 | S-01-38 | DORZOLAMIDA+BRIMONIDINA +TIMOLOL | 0.2/0.2/2% | SOLUCION OFTALMICA | FRASCO | 281 | 184,25 |
| 66 | S-01-41 | AFLIBERCEPT | 40 MG/ML | INYECTABLE | JERINGA PRELLENADA | 9 | 6.270,00 |
| 67 | V-03-07 | LEUCOVORINA | 50 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 116 | 47,45 |
| 68 | V-03-08 | MESNA | 400 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 184 | 64,57 |
| 69 | V-06-09 | PROTEINAS MAS FIBRA | 400 G | POLVO | FRASCO | 30 | 95,70 |
| 70 | V-06-10 | PROTEINAS PARA USO PEDIATRICO | 400 G | POLVO | FRASCO | 198 | 104,50 |
| 71 | V-06-11 | PROTEINAS PARA USO DIABETICO | 400 G | POLVO | FRASCO | 312 | 71,50 |
| 72 | V-08-08 | SULFATO DE BARIO | SEGUN DISPONIBILIDAD | SUSPENSION | FRASCO | 98 | 235,00 |
| 73 | V-08-09 | SULFATO DE BARIO | SEGUN DISPONIBILIDAD | POLVO P/ENEMA | FRASCO | 55 | 321,50 |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

* **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 DECIMALES, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**FORMULARIO N° 11**

**LISTADO**

**MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME - GESTION 2024**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **INFORMACIÓN DE LA CSBP** | | | | | | |
| **ITEM** | **CODIGO** | **PRODUCTO** | **CONCENTRACION** | **PRESENTACION (F,F)** | **UNIDAD DE MANEJO** | **REQUERIMIENTO NACIONAL REFERENCIAL** | **PRECIO UNITARIO REFERENCIAL  Bs.** |
| 1 | L-01-03 | CAPECITABINE | 500 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 5.100 | 13,39 |
| 2 | L-01-04 | CARBOPLATINO | 450 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 77 | 426,10 |
| 3 | L-01-06 | CICLOFOSFAMIDA | 1 G | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 62 | 216,90 |
| 4 | L-01-09 | CISPLATINO | 50 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 45 | 119,04 |
| 5 | L-01-10 | CITARABINA | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 28 | 56,58 |
| 6 | L-01-15 | DOXORUBICINA | 50 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 100 | 174,07 |
| 7 | L-01-17 | FLUOROURACILO | 500 MG/10 ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 90 | 42,16 |
| 8 | L-01-18 | GEMCITABINA | 1 G | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 37 | 464,07 |
| 9 | L-01-19 | HIDROXIUREA | 500 MG | CAPSULA | CAPSULA | 3.750 | 3,34 |
| 10 | L-01-20 | IFOSFAMIDA | 1G | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 140 | 131,33 |
| 11 | L-01-21 | ASPARGINASA | 10.000 UI | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 6 | 1.626,25 |
| 12 | L-01-23 | MERCAPTOPURINA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 900 | 7,80 |
| 13 | L-01-24 | METOTREXATO | 50 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 575 | 61,20 |
| 14 | L-01-25 | METOTREXATO | 500 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 16 | 132,72 |
| 15 | L-01-28 | PACLITAXEL | 30 MG/5ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 15 | 155,10 |
| 16 | L-01-28 | NAB PACLITAXEL | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 11 | 6.358,00 |
| 17 | L-01-30 | VINCRISTINA | 1 MG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 44 | 64,93 |
| 18 | L-01-33 | PACLITAXEL | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 5 | 324,50 |
| 19 | L-01-36 | OXALIPLATINO | 100 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 34 | 301,72 |
| 20 | L-01-37 | BICALUTAMIDA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 860 | 8,33 |
| 21 | L-01-39 | CITARABINA | 1 G | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 14 | 226,60 |
| 22 | L-01-40 | OXALIPLATINO | 50 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 4 | 211,70 |
| 23 | L-01-41 | TEMOZOLAMIDA | 250 MG | CAPSULA | CAPSULA | 40 | 754,50 |
| 24 | L-01-42 | IMATINIB | 400 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 660 | 314,00 |
| 25 | L-01-43 | IRINOTECAM | 100 MG/5ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 6 | 480,84 |
| 26 | L-01-48 | DASATINIB | 100 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 | 367,00 |
| 27 | L-01-50 | DOXORUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA | 20 MG/10 ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 11 | 718,13 |
| 28 | L-01-61 | ALECTINIB | 150 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 1.100 | 176,00 |
| 29 | L-01-62 | PEGASPARGASA | 3.750 UI | INYECTABLE | AMPOLLA | 3 | 7.350,00 |
| 30 | L-01-63 | BORTEZOMIB | 2.5 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 23 | 7.986,00 |
| 31 | L-01-66 | DAUNORUBICINA | 20 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 6 | 351,00 |
| 32 | L-01-67 | DOCETAXEL | 40 MG/ML (2ML) | INYECTABLE | AMPOLLA | 15 | 543,24 |
| 33 | L-01-68 | ETOPOSIDO | 100 MG/5ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 70 | 61,94 |
| 34 | L-01-69 | PACLITAXEL | 300 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 44 | 621,00 |
| 35 | L-01-73 | PALBOCICLIB | 125 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 80 | 1.424,50 |
| 36 | L-02-01 | ANASTROZOL | 1 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 9.670 | 10,45 |
| 37 | L-02-04 | LETROZOL | 2.5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 2.120 | 6,38 |
| 38 | L-02-05 | TAMOXIFENO | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 4.760 | 2,97 |
| 39 | L-02-10 | TRIPTORELINA | 11.25 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 116 | 4.759,18 |
| 40 | L-02-14 | ACETATO DE ABIRATERONA | 250 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 500 | 114,22 |
| 41 | L-03-01 | FILGASTRIM | 300 MCG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 651 | 103,88 |
| 42 | L-03-07 | RITUXIMAB | 500 MG/ 50 ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 28 | 10.287,70 |
| 43 | L-03-08 | RITUXIMAB | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 7 | 6.612,80 |
| 44 | L-03-09 | TRASTUZUMAB | 440 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 17 | 5.500,00 |
| 45 | L-03-10 | BEVACIZUMAB | 400 MG/16 ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 12 | 13.000,00 |
| 46 | L-03-11 | INTERFERON BETA 1B | 9.6 MUI | INYECTABLE | AMPOLLA | 380 | 535,45 |
| 47 | L-03-13 | TRASTUZUMAB | 600 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 11 | 15.835,36 |
| 48 | L-03-14 | BEVACIZUMAB | 100 MG/4ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 4 | 3.300,00 |
| 49 | L-03-16 | RITUXIMAB | 120 MG/ML (1400MG/11.7ML) | INYECTABLE | AMPOLLA | 3 | 11.000,00 |
| 50 | L-04-01 | AZATIOPRINA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 6.880 | 3,39 |
| 51 | L-04-02 | INFLIXIMAB | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 8 | 9.020,00 |
| 52 | L-04-03 | CICLOSPORINA | 100 MG/ML | SOLUCION ORAL | FRASCO | 113 | 1.321,80 |
| 53 | L-04-06 | FINGOLIMOD | 0.5 MG | CAPSULA | CAPSULA | 120 | 187,00 |
| 54 | L-04-07 | MICOFENOLATO MOFETILO | 500 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 28.950 | 5,47 |
| 55 | L-04-08 | TALIDOMIDA | 100 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 40 | 16,13 |
| 56 | L-04-09 | TACROLIMUS | 1 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 7.790 | 10,09 |
| 57 | L-04-10 | PERTUZUMAB | 420 MG/14 ML | INYECTABLE | FRASCO-AMPOLLA | 6 | 18.792,00 |
| 58 | L-04-16 | LEFLUNOMIDA | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 13.090 | 10,86 |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

**Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 DECIMALES, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**MODELO DE CONTRATO**

**ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME**

Conste por el presente documento privado un **ADQUISICION MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME,** que previo reconocimiento de firmas y rúbricas, será elevado a documento público, que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**PRIMERA.- (PARTES CONTRATANTES).-** El presente contrato es suscrito entre:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA – OFICINA NACIONAL**, con NIT 1020635028, con domicilio en calle Reyes Ortiz, Torre Oeste del Edificio Gundlach Piso 23 de esta ciudad, representada por su Gerente General Joaquín Rolando López Bakovic, con C.I. Nº 3329268 L.P., mayor de edad, hábil por derecho, en mérito al Poder General, Amplio, Suficiente y Expreso N° 1030/2021 de 30 de septiembre de 2021, otorgado  por ante la Notaría de Fe Pública a cargo de la Dra. María Eugenia Quiroga de Navarro de esta ciudad, que en lo sucesivo se denominará la **CSBP** y por la otra:
  2. La empresa xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxcon Matrícula de Comercio N° xxxxxxxxxx, N.I.T. xxxxxxxxxxxxx, con domicilio legal: en xxxxxxxxxxxxx de la ciudad de: xxxxxx, representada legalmente por el (la) señor(a): xxxxxxxxxxxcon C.I.:xxxxxxxxxxx., que en adelante se denominará el **PROVEEDOR.**

A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como **PARTES** y de manera individual como **PARTE**.

**SEGUNDA.- (ANTECEDENTES).-**

* 1. En cumplimiento del Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 4 – Aprobado mediante Resolución del Directorio de la **CSBP**, N°51/2023 de fecha 14/08/2023, se ha llevado a cabo el CONTRATO MARCO ON-CMA-002-2024 PRIMERA CONVOCATORIA, la CSBP convocó a empresas interesadas en proveer **MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME**, a presentar sus propuestas de acuerdo a las especificaciones técnicas y condiciones establecidas en el Pliego de Condiciones del proceso.
  2. La Comisión de Calificación luego de efectuada la apertura de propuestas presentadas, realizó el análisis y evaluación correspondiente, emitiendo el informe final cite: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX, dirigido a la Gerente de Administración y Finanzas y al Gerente Medico.
  3. Mediante Formulario de Aprobación de Gasto de XXXXXXXXXX, la Gerente de Administración y Finanzas y el Gerente Médico han otorgado su Aprobación del Gasto y Adjudicación respectiva.
  4. Mediante nota XXXXXXXX**,** se notificó la adjudicación del Contrato Marco Nº XXXXX.
  5. En atención a la instrucción registrada mediante Hoja de Ruta N°R-XXX, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA.- (OBJETO DEL CONTRATO Y PRODUCTOS ADJUDICADOS).-** El objeto del presente contrato es la *“****MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME, MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME”*** *a nivel nacional*, adjudicados al **PROVEEDOR**, y descritos a continuación y denominados en adelante como los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**:

**PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CODIGO** | **PRODUCTO** | **CONCENTRACION** | **UNIDAD DE  MANEJO** | **CANTIDAD ADJUDICADA** | **PRECIO  UNITARIO**  **Bs** |
|  |  |  |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  | 1 |  |

Los cuales deberán se provistos de conformidad al Pliego Especifico de Condiciones, su propuesta adjudicada y a los documentos que forman parte de él, con estricta y absoluta sujeción a las cláusulas contractuales contenidas en el presente instrumento legal.

**CUARTA.- (CARACTERISTICAS DE ENTREGA).-** Para la adquisición de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** dentro de las especificaciones técnicas, que forman parte del presente contrato, así como para garantizar su calidad, el **PROVEEDOR** se obliga a:

1. Realizar la provisión de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** objeto del presente contrato, cumpliendo con las características adjudicadas conforme a la cláusula TERCERA.
2. Presentar certificados de control de calidad del LABORATORIO PRODUCTOR del número de lote que se entregando para garantizar la calidad de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS.**
3. Cumplir cada una de las garantías correspondiente a los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS,** así como cumplir con las cadenas de frio en los casos que sea necesario.

Los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** mencionados y detallados, son los ofertados por el **PROVEEDOR,** y adjudicados por la **CSBP,** no existiendo posibilidad bajo ninguna circunstancia, que los mismos sean sustituidos o cambiados por otros que o hayan sido aceptados ni adjudicados por la **CSBP,** excepto aquellos que, con previo informe técnico, elaborado por la unidad solicitante de la CSBP, sean justificados y aceptados formalmente.

Para efectos de cumplimento de los plazos de entrega estipulados en el presente contrato no se considerara recibido ningún medicamento mientras no se haya entregado el correspondiente Certificado de Control de Calidad.

**QUINTA.- (VIGENCIA DEL CONTRATO).-** La vigencia del presente contrato será hasta que ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en el.

Asimismo se deja establecido que el **PROVEEDOR** mantendrá durante **UN (1) AÑO CALENDARIO** a partir de la firma del presente contrato, el precio unitario de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** adjudicados por la **CSBP**.

El **PROVEEDOR** entregara los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS,** en estricto acuerdo a la propuesta adjudicada y las especificaciones técnicas, **en el plazo de site (7) DIAS CALENDARIO, A REQUERIMIENTO DE LAS ADMINISTRACIONES Y AGENCIAS REGIONALES DE LA CSBP, compútales a partir de la recepción de la nota de requerimiento emitida por el Área de Farmacia.**

Asimismo, se aclara lo siguiente:

* **LOS MEDICAMENOTS ONCOLOGICOS DEBEN SER ENTREGADOS “POR CICLO” A REQUERIMIENTO DE LAS ADMINISTRACIONES Y AGENCIAS REGIONALES DE LA CSBP, EN UN PLAZO MÁXIMO DE SIETE (7) DÍAS CALENDARIO COMPUTABLES A PARTIR DE RECIBIDO LA NOTA DE REQUERIMIENTO EMITIDA POR EL ÁREA DE FARMACIA DE LA ADMINISTRACIÓN O AGENCIA REGIONAL DE LA CSBP.**
* **LOS MEDICAMENTOS FUERA DE LA “LINAME”, APROBADOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE PRESTACIÓN Y COREPRES REGIONALES, DEBEN SER ENTREGADOS “EN FORMA TRIMESTRAL Y POR PACIENTE” A REQUERIMIENTO DE LAS ADMINISTRACIONES Y AGENCIAS REGIONALES DE LA CSBP, EN UN PLAZO NO MAYOR DE QUINCE DÍAS CALENDARIO COMPÚTALES A PARTIR DE RECIBIDA LA NOTA DE REQUERIMIENTO EMITIDA POR EL ÁREA DE FARMACIA**

**SEXTA.- (PRECIO DEL CONTRAO).-** El precio aceptado por ambas partes para la adquisición de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS,** objeto del presente contrato, será el resultante de aplicar los **precios unitarios** de la propuesta adjudicada a las cantidades efectiva y realmente provistos a la CSBP, monto que será pagado en moneda nacional

Este precio también comprende todos los costos de verificación, trasporte, impuesto, aranceles, gastos de seguro de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**  a ser entregados, es decir, todo otros costo que pueda tener incidencia en el precio hasta su entrega definitiva de forma satisfactoria

**SEPTIMA.- (LUGAR DE ENTREGA).-** La entrega yrecepción definitiva de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**  objeto del presente contrato, se realizará por las respectivas “Comisiones de Recepción” en cada Administraciones y Agencias Regionales, según corresponda, deacuerdo a lo establecido en el Pliego de Condiciones y conforme al Cuadro de Distribución y Cronograma de Entrega, que se hace conocer al **PROVEEDOR**.

**OCTAVA.- (FORMA DE PAGO).-** El monto total del contrato aceptado por ambas partes será pagado por la **CSBP** a favor del **PROVEEDOR** de la siguiente manera:

Una vez efectuada la recepción de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** objeto del presente contrato, la CSBP pagará el monto establecido del producto adquirido por cada Administración y Agencia Regional, en un plazo de quince (15) días hábiles computables partir de la entrega de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**, debiendo el **PROVEEDOR** acompañar para ello los siguientes documentos de **forma conjunta e imprescindible:**.

1. Contrato suscrito entre la **CSBP** y el **PROVEEDOR** junto al Formulario de “Reconocimiento de Firmas”.
2. Actas de Conformidad de Entrega de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**, emitidas por las respectivas Comisiones de Recepción en cada Administración y Agencia Regional de la **CSBP.**
3. Factura de Ley, posterior a la entregade los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**.

Se aclara que el **PROVEEDOR** el momento de entrega de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** ,deberá emitir la respectiva factura oficial **acompañada imprescindiblemente** de los documentos señalados en los incisos a), b) señalados precedentemente, a objeto de que se haga efectivo el pago dentro el plazo establecido, caso contrario dicho pago no se realizará, quedando liberada la **CSBP** de cualquier responsabilidad sobre el particular.

**NOVENA.- (ESTIPULACIONES SOBRE IMPUESTOS Y FACTURACION).-** Correrá por cuenta del **PROVEEDOR** el pago de todos los impuestos vigentes en el país, a la fecha de presentación de su propuesta.

**DECIMA.- (GARANTÍA).-** El **PROVEEDOR** garantiza el correcto cumplimiento y fiel ejecución del presente contrato.

**DECIMA PRIMERA.- (DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACION).-** Cualquier aviso o notificación que tengan que darse las partes bajo este contrato será enviada:

Al **PROVEEDOR:** XXXXXXXXXX de la ciudad XXXXXX.

A la **CSBP:** Calle Reyes Ortiz N°73 Edif. Gundlach, Torre Oeste piso 22 de la ciudad de La Paz.

**DECIMO SEGUNDA.- (DOCUMENTOS DE CONTRATO).-** Para el cumplimiento de lo estipulado en el presente contrato, forman parte del mismo los siguientes documentos:

1. Pliego de Condiciones.
2. Propuesta adjudicada del **PROVEEDOR**, incluyendo documentos legales, administrativos y propuesta económica.
3. Informe Final de Calificación emitido por la Comisión de Calificación cite:XXXXX. de fecha XXXXX.
4. Carta de Adjudicación CITE: XXXX de fecha XXX.

**DECIMO TERCERA.- (OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR).**-Es obligación del **PROVEEDOR,** solicitar en Asesoría Legal Nacional de la **CSBP** fotocopia del contrato suscrito, caso contrario la **CSPB** no atenderá reclamo alguno.

Asimismo, es obligación del **PROVEEDOR,** mantener durante UN (1) AÑO calendario a partir de la firma del presente contrato, el precio unitario de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** adjudicados por la CSBP, de manera que la CSBP, por razones del incremento en el volumen de atención que brinda, pueda realizar compras adicionales.

**DECIMO CUARTA.- (INTRANSFERIBILIDAD DEL CONTRATO).-** El **PROVEEDOR** bajo ningún título podrá ceder, transferir, subrogar, total o parcialmente este contrato, salvo autorización expresa y escrita de la **CSBP**.

**DECIMO QUINTA.- (CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO).-** Con el fin de exceptuar al **PROVEEDOR** de determinadas responsabilidades por incumplimiento durante la vigencia del presente contrato, la **CSBP** tendrá la facultad de calificar las causas de fuerza mayor y/o caso fortuito, que pudieran incidir sobre el cumplimiento del contrato:

Se entiende por fuerza mayor al obstáculo externo, imprevisto o inevitable que origina una fuerza extraña al hombre y que impide el cumplimiento de la obligación (ejemplo: incendios, inundaciones y otros desastres naturales). Se refuta caso fortuito al obstáculo interno atribuible al hombre, imprevisto o inevitable, proveniente de las condiciones mismas en que la obligación debía ser cumplida (ejemplo: conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.).

Para que cualquiera de estos hechos pueda constituir justificación de impedimento en la entrega o demora en el cumplimiento del plazo de entrega, el **PROVEEDOR** deberá presentar necesaria, inexcusable e imprescindiblemente justificación valida documentada, la misma que podrá ser aceptada por la CSBP, hasta (5) días hábiles antes de la fecha de vencimiento del presente contrato**, pasado este tiempo no se aceptará solicitud alguna de ampliación de plazo del contrato o solicitud de exención en el pago de penalidades**.

Analizada la justificación por la **CSBP,** ésta podrá autorizar o no la ampliación de plazo para la entrega de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** adjudicados. En caso de ser autorizada la ampliación, se suscribirá el documento legal correspondiente.

**DECIMO SEXTA.- (CONCLUSIÓN DEL CONTRATO).-** El presente contrato concluirá por una de las siguientes causas:

**16.1 Por Cumplimiento de Contrato:**  De forma normal tanto la **CSBP** como el **PROVEEDOR**, darán por terminado el presente Contrato, una vez que ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en él; aspecto que se hará constar por escrito, mediante el Certificado de Cumplimiento de Contrato emitido por la **CSBP**.

**16.2 Por Resolución del Contrato:** Si se diera el caso, la CSBP podrá resolver el presente contrato en forma excepcional por las siguientes causales:

1. Disolución de la empresa del **PROVEEDOR**
2. Quiebra declarada de la empresa del **PROVEEDOR**.
3. Suspensión de la provisión sin justificación por parte del **PROVEEDOR**
4. Incumplimiento injustificado del plazo de entrega sin que el **PROVEEDOR** haya tramitado ante la **CSBP** la ampliación de plazo conforme a la cláusula Decima Quinta del presente documento.
5. Si el **PROVEEDOR** entrega los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** no adjudicados en calidad de sustitución, cambio o reemplazo no autorizadospor la **CSBP**.
6. Por mejor decisión administrativa, comunica al **PROVEEDOR** con 30 días calendario de anticipación.

**16.3 Reglas aplicables a la Resolución:** Para proceder a la resolución del contrato por cualquiera de las causales señaladas, la **CSBP** dará aviso escrito mediante carta notariada al **PROVEEDOR** de su intención de Resolver el Contrato, estableciendo claramente la causal que se aduce.

Si dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de la provisión y se tomarán las medidas necesarias para continuar normalmente con las estipulaciones del Contrato.

El requirente de la Resolución de Contrato expresará por escrito su conformidad a la solución y la nota de intención de Resolución será retirada.

**DECIMO SEPTIMA.- (SOLUCION DE CONTROVERSIAS).-** En caso de surgir controversias entre la **CSBP** y el **PROVEEDOR** que no puedan ser solucionadas por la vía de la concertación, las partes están facultadas para acudir a la vía judicial correspondiente y seguir la acción que más les convenga, previa resolución del contrato.

**DECIMO OCTAVA.- (MODIFICACIONES AL CONTRATO).-** Los términos y condiciones contenidas en este contrato no podrán se r modificadas, excepto por causas sobrevinientes al contrato, es decir, por requerimiento de la propia **CSBP** o por fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados. La referida modificación, se realizará a través del contrato modificatorio correspondiente.

Las causas modificatorias deben ser sustentadas por informes técnicos y legales que establezcan la viabilidad técnica y de financiamiento.

**DECIMO NOVENA.- (MOROSIDAD Y SUS PENALIDADES).-** A los efectos de aplicarse morosidad en la entrega de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS,** la **CSBP** y el **PROVEEDOR** tomarán en cuenta el plazo estipulado, por cuanto si el plazo fenece sin que se haya concluido la entrega total y en forma satisfactoria, el **PROVEEDOR** se constituirá en mora sin necesidad de ningún requerimiento de la **CSBP,** obligándose por el sólo hecho del vencimiento del plazo, a pagar por cada día calendario de retraso en el cumplimiento de contrato, una multa equivalente al **0,3% (cero punto tres por ciento)** del monto total, resultante de alicar los precios unitarios de la propuesta adjudicada a las cantidades de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** que no hayan sido entregados dentro del plazo establecido.

Las multas serán cobradas mediante descuentos establecidos expresamente por la **CSBP**, del pago o pagos pendientes, sin perjuicio de que la **CSBP** proceda al cobro de multas ya al resarcimiento de daños y perjuicios ocasionados.

**VIGESIMA.- (SUSPENSION TEMPORAL DE LA ADQUISICION).-** La **CSBP** está facultada para suspender temporalmente la adquisición de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**  en cualquier momento por motivos de fuerza mayor y/o caso fortuito, para lo cual notificara al **PROVEEDOR** por escrito, con una anticipación de quince (15) días calendario, excepto en los casos de urgencia por emergencia imponderable. Esta suspensión podrá ser únicamente temporal y no influirá sobre la fecha de vencimiento de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS.**

**VIGESIMO PRIMERA.- (NORMAS DE CALIDAD APLICABLES).-** Los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** suministrados, de conformidad con el presente contrato, se ajustarán a las normas de calidad mencionadas en las especificaciones técnicas y, cuando en ellas no se mencionen normas de calidad aplicables, se ajustará a las normas de calidad existentes en el país.

**VIGESIMO SEGUNDA.- (GARANTÍA DE LOS MEDICAMENTOS).-** En condiciones normales de operación y almacenamiento de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** objeto del presente contrato, el **PROVEEDOR** garantiza que no se presentarán fallas en los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS**, por defecto de fabricación.

**VIGESIMO TERCERA.- (EMBALAJE).-** El embalaje, las marcas y los documentos que se coloquen dentro y fuera de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** deberán cumplir estrictamente normas nacionales y requisitos especiales que se hayan consignado en las especificaciones técnicas del Pliego de Condiciones, cualquier otro requisito, si lo hubiere y cualesquier otra instrucción dada por la **CSBP.**

**VIGESIMO CUARTA.- (RECEPCION).-** Si los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** recepcionados no se ajustan a las especificaciones técnicas, la **CSBP** los rechazará, el **PROVEEDOR** deberá sin cargo para la **CSBP,** reemplazarlos por aquellos que si cumplan las especificaciones técnicas requeridas en el Pliego de Condiciones. Los eventuales rechazos por parte de la **CSBP,** no modifican el plazo de entrega, que permanecerá invariable.

El **PROVEEDOR** se compromete a reponer cualquier medicamento que sufra alteración, variación en su composición por defecto de fabricación y en los envases o embalajes, sin costo adicional alguno para la **CSBP** en el plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de su notificación en forma escrita.

**VIGESIMO QUINTA.- (COMISION DE RECEPCION).-** Dentro del plazo previsto para la provisión, se hará efectiva la entrega de los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** objeto del presente contrato, a cuyo efecto, la **CSBP** nombrará una Comisión de Recepción, que verificará si los **PRODUCTOS FARMACEUTICOS** provistos concuerdan plenamente con las especificaciones técnicas de la propuesta aceptada por la **CSBP.**

De dicho acto, se levantar el Acta de Recepción, que es un documento diferente al registro de ingreso a almacenes.

La **CSBP,** a través de su Comisión de Recepción, no dará por finalizada la adquisición y la culminación, si el PROVEEDOR no hubiese cumplido con todas sus obligaciones de acuerdo a los términos del presente contrato.

**VIGESIMO SEXTA.- (CIERRE O LIQUIDACION DE CONTRATO).-** Una vez cumplido el objeto y los términos del contrato, la **CSBP** procederá a la emisión del Certificado de Cumplimiento de Contrato, previa solicitud escrita del **PROVEEDOR.**

En el cierre o liquidación de contrato, se tomará en cuenta las multas y penalidades, si hubiera.

**VIGESIMO SEPTIMA.- (GASTOS NOTARIALES).-** Todos los gastos que demanden el reconocimiento de firmas del presente documento, ante Notario de Fe Pública, serán cubiertos en su integridad pro el **PROVEEDOR.**

**VIGESIMO OCTAVA.- (CONFORMIDAD).-** En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento firman el presente contrato en dos ejemplares de un mismo tenor y validez en la ciudad de La Paz, el XXXXXX

XXXXXXXX XXXX

**PROVEEDOR GERENTE GENERAL**  **CSBP**