

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### ON-CMA-003-2025

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025”** |

 **La Paz, Julio 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****CONTRATO MARCO****ON-CMA-003-2025****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Nacional invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: POR ÍTEM |
| Sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Dra. Elizabeth Vargas  Dra. Pirosca Decormis  Lic. Yessica Montoya  |
| Correo electrónico: yessica.montoya@csbp.com.bo proveedores@csbp.com.bo  |
| Teléfono:2392395 int. 1176 |

**CONTRATO MARCO**

**ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 21/07/2025 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:24/07/2025 | HastaHrs. 15:00 | Dirigidas a:proveedores@csbp.com.bo |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:28/07/2025 | HastaHrs.11:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09>ID de reunión: 895 4712 5968Código de acceso: 689096 |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 1/08/2025 | Hasta:10:30 |  **Presentación Física:**  Calle Federico Zuazo Esq. Reyes Ortiz Edificio Gundlach Torre Oeste Piso 22 |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta:1/08/2025 | Hasta:11:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09>ID de reunión: 895 4712 5968Código de acceso: 689096 |
| 7 | Resultado Del Proceso | 18/08/2025 | Notificación a los proponentes |

(\*) 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 Nº032/2024 del 28 de junio de 2024, 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 Admi.0nistración 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 FinancieroDra. Maria Luiza Valenzuela Gerente Medico **5.3** Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:Lic. Carlos Quiroga Gerente General Lic. Alvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero Dra. Maria Luiza Valenzuela Gerente Medico |
| 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. **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 establecidos:**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,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el monto equivalente al (1.0%) del valor de la propuesta económica presentada en base las cantidades estimas en los cuadros de medicamentos oncológicos y para patologías crónicas dentro y fuera de la LINAME del anexo del presente pliego; 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.

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 presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato
* 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 “Aspectos Regulatorios”, 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, en los casos que no se pueda presentar muestra original del producto, debe presentar indefectiblemente en catálogo, debiendo señalar claramente las especificaciones técnicas de cada producto.
* 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.
* 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 **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 productos farmacéuticos 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 productos 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** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
* **Formularios N° 10 y/o 10A** identificando en los Anexos de este documento, según corresponda a Medicamentos Oncológicos y para patologías crónicas dentro y fuera de la LINAME.
 |
| 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 LOS FORMULARIO Nº10 Y 10ª EN ARCHIVO EDITABLE.** |
| 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 Torre Oeste P 22 Recepción**RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: ON-CMA-003-2025****PRIMERA CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 11:00 del 1 de agosto de 2025** |
|  | 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 caria (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** |
| **24. 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
 |
| **25. OBJETO** | 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.Asimismo, en caso de haber alcanzado dos propuestas la misma calificación final, se dará prioridad al producto de industria farmacéutica nacional, recomendando su adjudicación. 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 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**Comprenderá la evaluación del precio propuesto, se verificará el resultado de los precios unitarios por las cantidades requeridas y/o el monto total propuesto. Cuando exista diferencias entre el monto literal y numeral de la propuesta económica, **prevalece el literal sobre el numeral.**Si en el monto total propuesto se determina una diferencia superior al dos por ciento (2%) del monto obtenido en la revisión aritmética, la propuesta será descalificada.Cuando la diferencia sea menor al dos por ciento (2%), la Comisión de Calificación adoptará el monto obtenido en la revisión aritmética como el monto válido de la propuesta.La calificación de la propuesta económica se efectuará utilizando el criterio del precio evaluado más bajo, asignando a ésta 30 puntos, al resto en forma proporcional de acuerdo a la formula siguiente:

|  |
| --- |
| **PEP = (MPO/PP)\*PA**  |

**Dónde:**  **PEP  = Precio evaluado de la Propuesta** **MPO = Menor Precio Ofertado** **PP     = Precio Propuesto** **PA      = Puntaje asignado (30)** |
| 1. **EVALUACIÓN TÉCNICA**
 | **INCISO “A” Cumplimiento regulatorio:**Se evaluará el cumplimiento de procedimientos y controles que se aplican en los procesos de fabricación los cuales permiten garantizar calidad, seguridad y efectividad y que los mismos sean reproducibles, de acuerdo a los siguientes parámetros:

| **CUMPLIMIENTO REGULATORIO** |
| --- |
| **REQUISITOS:** | **20 PUNTOS** |
| 1. **Productos Nacionales**
 |  |
| 1. Certificado de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) emitido por el Agencia Reguladora de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes, (***adjuntar certificado vigente***).

En caso de no contar con lo requerido en el inciso a) deberá presentar:1. Certificado de inspecciones regulares por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes en adecuación a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). (***adjuntar certificado vigente y emitido por autoridad competente***).
 | 2015 |
| 1. **Productos Importados**
 |  |
| 1. Certificado de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) emitido por la autoridad competente del país de origen, (***adjuntar certificado vigente***).
2. Certificado de cumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) emitido por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes, (***adjuntar certificado vigente***).
	* En caso de contar con el servicio tercializado deberá adjuntar el contrato vigente de compra de servicio de Almacenamiento.

En caso de no contar con lo solicitado en el inciso b) deberá presentar:1. Certificado de inspecciones regulares por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes en adecuación a las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA). (***adjuntar certificado vigente***).
 | 10105 |

**INCISO “B” Garantías de Calidad:**Las garantías de Calidad se calificarán considerando lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| **GARANTÍAS TÉCNICAS DE CALIDAD** | **20 PUNTOS** |
| 1. Certificados de Control de Calidad.* *El certificado de control de calidad debe estar de acuerdo a estándares establecidos en las farmacopeas de referencia en la Ley del medicamento 1737 o técnica propia validada y aprobada.*
* *El certificado deberá contener especificaciones Físicas, especificaciones Químicas, especificaciones Microbiológicas, y especificaciones Biológicas cuando corresponda.*

En caso de que sea:* **Medicamento Oncológicos:**
* *El certificado de control de calidad debe estar de acuerdo a estándares establecidos en las farmacopeas de referencia en la Ley del medicamento 1737 o técnica propia validada y aprobada.*
* *El certificado deberá contener especificaciones Físicas, especificaciones Químicas, especificaciones Microbiológicas, y especificaciones Biológicas cuando corresponda.*
* *Certificados de Biosimilaridad y Biocomparabilidad para los productos biológicos, aprobado por autoridad competente en el país de origen.*
 | 1515 |
| 2. Los medicamentos deben estar comercializados en el país por los menos durante tres años  | 5 |

**INCISO “C” 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, de acuerdo al cuadro siguiente:* Se tomará en cuenta la presentación de muestras de los productos solicitados.
* Para los productos que requieran cadena de frío, deberán ser entregados en contenedores especiales más el control físico-químico de constancia de temperatura de acuerdo a la necesidad de cada producto.
1. **MEDICAMENTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA FARMACÉUTICA** | **30 PUNTOS** |
| **1. COMPRIMIDOS EN**: |  |
| 1. Blíster, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual, indicando tipo de liberación.
 | 30 |
| 1. Burbuja de aluminio, rotulado en envase primario DCI, concentración y mecanismo de liberación en cada unidad posológica y con envase secundario individual.
 | 30 |
| 1. Folio de aluminio troquelado, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual.
 | 25 |
| 1. Envase tipo frasco (polietileno o vidrio), sin empaque secundario, con etiqueta general de contenido y sin identificar cada unidad posológica.
 | 20 |
| **2. CAPSULAS EN:** |  |
| 1. Blíster, rotulado en el envase primario DCI, concentración y tipo de liberación en cada unidad posológica y con envase secundario individual.
 | 30 |
| 1. Burbuja de aluminio, rotulado en envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual.
 | 30 |
| 1. Frasco plástico con cápsula, rotulado exterior con DCI y concentración, sin identificación individual de cada cápsula y con envase secundario.
 | 25 |
| **3. GRANULADOS:** |  |
| 1. En sobres de aluminio termoformado con envase secundario o envases acorde al peso del producto que garantice la estabilidad, que incluya dosificador e instrucciones de preparación
 | 30 |
| 1. En envase primario de polietileno con envase secundario con todas las leyendas exigidas más instrucciones de preparación.
 | 25 |
| **FORMAS FARMACEUTICAS LIQUIDAS ORALES:** |  |
| **4. SUSPENSIONES:** |  |
| 1. Frasco de PET o vidrio rotulado con DCI, con nivel de llenado claramente establecido, con envase secundario y dosificador exacto.
 | 30 |
| 1. Frasco de PVC rotulado pirograbado o con etiqueta adherida en el envase primario de difícil remoción, con nivel de llenado claramente establecido, con envase secundario y dosificador exacto.
 | 25 |
| 1. Frasco PET o PVC sin envase secundario ni dosificador, con etiqueta básica y sin nivel de llenado visible.
 | 20 |
| 1. **SOLUCIONES O JARABES:**
 |  |
| 1. Frasco de vidrio o PET con tapa pilfer, rotulado en envase primario con DCI, concentración, posología, incluye dosificador y envase secundario individual.
 | 30 |
| 1. Frasco de PVC con tapa de seguridad, rotulado en envase primario o con etiqueta adherida de difícil remoción, con envase secundario individual y dosificador exacto.
 | 25 |
| 1. Frasco PET o PVC con rotulado básico, sin dosificador ni envase secundario.
 | 20 |
| 1. **EMULSIONES:**
 |  |
| 1. Frasco de vidrio o PET con tapa pilfer, rotulado en envase primario con DCI, concentración, con dosificador exacto y envase secundario individual, refiere agitación antes de usar.
 | 30 |
| 1. Frasco de PVC con tapa de seguridad, rotulado pirograbado o con etiqueta adherida en envase primario de difícil remoción, con envase secundario individual y dosificador exacto.
 | 25 |
| 1. Frasco PET o PVC con rotulado básico, sin dosificador ni envase secundario.
 | 25 |
| **FORMAS FARMACEUTICAS SEMISOLIDAS** |  |
| **7. UNGUENTOS Y GELES OFTÁLMICOS EN:** |  |
| 1. Tubo monobloque pico oftálmico de aluminio recubierto con resina aislante, rotulado impreso en el envase primario y con envase secundario individual.
 | 30 |
| 1. Tubo monobloque pico oftálmico de aluminio recubierto con resina aislante, rotulado impreso en el envase primario y con envase secundario individual.
 | 25 |
| **8. CREMAS Y POMADAS DÉRMICAS EN:** |  |
| 1. Tubos colapsibles de aluminio recubierto con resina aislante rotulado grabado directo en el envase primario, y con envase secundario individual o pote con las características requeridas.
 | 30 |
| 1. Tubos colapsibles de plástico, rotulado grabado directo o con etiqueta adherida de difícil remoción en el envase primario, y con envase secundario individual.
 | 25 |
| 1. Tubos colapsibles de plástico o aluminio con rotulado completo en el envase primario (DCI, concentración, vía de administración, fecha de caducidad) sin envase secundario
 | 20 |
| **FORMAS FARMACEUTICAS LIQUIDAS PARA USO PARENTERAL:** |  |
| **9. INYECTABLES PARA RECONSTITUCION:** |  |
| 1. Frasco vial con polvo liofilizado, tapa de seguridad adicional al capuchón de aluminio, rotulado con DCI, concentración, condiciones de reconstitución y vía, acompañado de diluyente estéril en envase secundario con instructivo.
 | 30 |
| 1. Frasco vial con polvo liofilizado, tapa de seguridad adicional al capuchón de aluminio rotulado con DCI, concentración, condiciones de reconstitución y vía, sin diluyente, envase secundario con indicaciones para reconstitución.
 | 25 |
| 1. Solo frasco con polvo, sin envase secundario ni diluyente, rotulado con DCI, concentración, vía de administración, instrucciones de reconstitución.
 | 20 |
| **10. INYECTABLES LIQUIDOS:** |  |
| 1. Ampollas de vidrio con sistema OPC rotulado con DCI, concentración, vía de administración y condiciones de almacenamiento en envase primario y con envase secundario individual.
 | 30 |
| 1. Frasco ámpula de plástico rotulado con DCI, concentración, vía de administración y condiciones de almacenamiento en envase primario y con envase secundario individual
 | 30 |
| 1. Jeringa precargada, con rotulado completo (DCI, concentración, vía, agitación previa, condiciones de almacenamiento) y envase secundario
 | 30 |
| 1. Ampollas de vidrio con anillo de ruptura  rotulado o con etiqueta adherida al envase primario de difícil remoción, con DCI, concentración, vía de administración y condiciones de almacenamiento.
 | 25 |
| 1. Ampolla de vidrio rotulado completo ; DCI, concentración, vía de administración, condiciones de almacenamiento sin envase secundario individual.
 | 20 |
| **11. SOLUCIONES DE GRAN VOLUMEN:** |  |
| 1. En Infusor de polietileno de baja densidad colapsibles de preferencia libre de látex y sin PVC, con sistema cerrado, rotulada con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento, con puerto de inyección y puerto de administración diferenciados, en envase secundario con instrucciones
 | 30 |
| 1. Infusor de plástico o PVC colapsibles con etiquetas diferenciadas de acuerdo al principio activo rotulada con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento en el envase primario.
 | 25 |
| **FORMAS FARMACEUTICAS OFTALMICAS, OTICAS Y NASALES:** |  |
| **12. SOLUCIONES Y SUSPENSIONES OFTÁLMICAS EN:** |  |
| 1. Frasco gotero de vidrio o PET rotulado grabado directo en el envase primario con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento, tapa a rosca con anillo de seguridad y con envase secundario individual.
 | 30 |
| 1. Frasco gotero de PVC rotulado grabado directo en el envase primario con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento, tapa a rosca con anillo de seguridad y con envase secundario individual.
 | 25 |
| **13. LOCIONES Y SOLUCIONES TÓPICAS EN:** |  |
| 1. Frasco de vidrio o PET rotulado grabado en envase primario y con envase secundario individual más aplicador.
 | 30 |
| 1. Frasco de plástico rotulado grabado en envase primario o con etiqueta adherida de difícil remoción con envase secundario individual más aplicador
 | 25 |
| **FORMAS FARMACEUTICAS RECTALES Y VAGINALES:** |  |
| **14. SUPOSITORIOS Y ÓVULOS** |  |
| 1. En folio de aluminio termo formado rotulado, concentración, vía de administración, fecha de caducidad y condiciones de almacenamiento, grabado en envase primario y envase secundario.
 | 30 |
| 1. En folio de PVC o strip termosellado rotulado concentración, vía de administración, fecha de caducidad y condiciones de almacenamiento grabado en envase primario y secundario.
 | 25 |
| 1. Presentación sin envase secundario, con rotulado que incluye concentración, vía de administración, fecha de caducidad y condiciones de almacenamiento.
 | 20 |
| **FORMAS FARMACEUTICAS INHALATORIAS Y RESPITATORIAS:** |  |
| **15. AEROSOLES NASALES, ORALES O TOPICAS:** |  |
| 1. Envase presurizado de aluminio o acero inoxidable, rotulado con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento, con válvula dosificadora y boquilla aplicadora, en envase secundario con instructivo de uso.
 | 30 |
| 1. Envase presurizado rígido, rotulado con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento, con válvula dosificadora y boquilla aplicadora, con válvula de liberación continua o dosificadora, , en envase secundario sin instructivo
 | 25 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Envase presurizado de aluminio o acero inoxidable, rotulado con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento, con válvula dosificadora y boquilla aplicadora, en envase secundario con instructivo de uso.
 | 30 |
| 1. Envase presurizado rígido, rotulado con DCI, concentración, volumen, vía de administración, condiciones de almacenamiento, con válvula dosificadora y boquilla aplicadora, con válvula de liberación continua o dosificadora, , en envase secundario sin instructivo
 | 25 |

1. **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y INSUMOS ODONTOLOGICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INCISO** | **DETALLE** | **PUNTAJE**  |
| **A** | Certificado de cumplimiento de Normas ISO o Buenas Prácticas de Manufactura del Laboratorio Productor ***(Adjuntar certificado vigente)*** | 15 puntos |
| **B** | Tamaño, medida y características del producto ofertado de acuerdo a especificación técnicas requerida. | 15 puntos |
| **C** | Registro sanitario ***(Adjuntar certificado vigente)*** | 5 puntos |
| **D** | Características del envase primario y secundario que garanticen la estabilidad del producto. | 15 puntos |
| **E** | Antecedentes institucionales de cumplimiento de contrato ***(Oportunidad de entrega)*** | 5 puntos |
| **F** | Certificado de análisis o de calidad del producto ***(Adjuntar certificado)*** | 15 puntos |
| **TOTAL** | **70 puntos** |

* **Puntuación mínima de calificación técnica:**

Se establece el puntaje mínimo la calificación de 55 puntos, la misma que permitirá su habilitación para la habilitación económica.                **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. **CALIFICACION ECONOMICA**
 | **Calificación de la Propuesta Económica:**Se asignará mayor puntaje a la oferta con el menor precio asignado y a las otras propuestas un puntaje inversamente proporcional al valor de sus propuestas aplicando la siguiente formula:**PEP = (MPO / PP) \* PA****Donde:** **PEP:** Precio evaluado de la propuesta **MPO:** Menor precio ofertado **PP:** Precio presupuesto **PA:** Puntaje asignado a la oferta económicaEn el precio propuesto, se verificará el resultado de los precios unitarios por las cantidades requeridas y/o el monto total propuesto. Cuando exista diferencias entre el monto literal y numeral de la propuesta económica, **prevalece el literal sobre el numeral.**Si en el monto total propuesto se determina una diferencia superior al dos por ciento (2%) del monto obtenido en la revisión aritmética, la propuesta será descalificada.Cuando la diferencia sea menor al dos por ciento (2%), la Comisión de Calificación adoptará el monto obtenido en la revisión aritmética como el monto válido de la propuesta. |
| 1. **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 diez (10) días hábiles.* ***En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas.***
 |
| 1. **CALIFICACION FINAL**
 | Para la calificación final se considerará el puntaje obtenido de la sumatoria de la calificación de la primera etapa (oferta económica) y de la segunda etapa (oferta técnica) este aplicará para cada uno de los ítems requeridos en el presente proceso. * ***Las propuestas que en la evaluación de la Propuesta Técnica no alcance el puntaje mínimo de cincuenta (50) puntos serán descalificados.***

La Comisión de Calificación elaborará un cuadro comparativo e Informe, recomendando la adjudicación por ítems y precios unitarios de los productos que tengan la propuesta con el **MAYOR PUNTAJE**.* ***Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.***

En el informe de recomendación para adjudicación resultante de la calificación final contendrá 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.
 |
| 1. **PLAZO DE ENTREGA DE PRODUCTOS ADJUDICADOS:**
 | En caso de ser adjudicados el Plazo de entrega de los **Medicamentos Oncológicos y para Patología Crónica dentro y fuera de la LINAME** seránsolicitados por la Institución a requerimiento. Cabe aclarar que la cantidad a solicitar podrá ser mayor o menor que la cantidad referencial establecida en el presente pliego, el mismo será solicitado por las regionales a partir de la fecha de emisión del contrato por Asesoría Legal Nacional de la CSBP, el cual será notificado por esa Unidad al proveedor adjudicado el día de la emisión del contrato, para la firma correspondiente. |
| **PARTE IV****SUSCRIPCION DE CONTRATO** |
| **32. 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.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.  |
| **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. |

**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 PROPONENTEIDENTIFICACION 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 TÉCNICASDE LOS MEDICAMENTOS OFERTADOS “REQUISITOS GENERALES” |
| **FORMULARIO 6** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICASDE LOS MEDICAMENTOS OFERTADOS “ASPECTOS REGULATORIOS” |
| **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 |
| **FORMULARIO 10** | PROPUESTA ECONÓMICA PARA MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS |
| **FORMULARIO 10A** | PROPUESTA ECONÓMICA PARA PATOLOGÍA CRONICA  |
| **CUADRO 1** | LISTADO MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME |
| **CUADRO 2** | LISTADO PARA PATOLOGÍA CRONICA 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.: ON-CMA-003-2025 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025**

**(PRIMERA CONVOCATORIA)**

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.: ON-CMA-003-2025 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025**

**(PRIMERA CONVOCATORIA)**

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.: ON-CMA-003-2025 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025**

**(PRIMERA CONVOCATORIA)**

Estimados señores:

Declaro expresamente que la empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el nombre de la empresa a la que representa para participar en el* Contrato Marco *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.
 |  |
| 1. Nombre Comercial del Producto (si lo tiene).
 |  |
| 1. Nombre del Laboratorio Fabricante.
 |  |
| 1. Forma farmacéutica
 |  |
| 1. Concentración, expresada en unidad de dosificación
 |  |
| 1. Número y fecha del Registro Sanitario en Bolivia o Certificado de trámite de Reinscripción para el caso de Registros Sanitarios caducados.
 |  |
| 1. Señalar la dirección, ciudad, país, teléfono y fax del fabricante.
 |  |
| 1. Fabricación o fraccionamiento por terceros (indicar si procede, bajo qué licencia se fabrica o para qué laboratorio).
 |  |
| 1. 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 “ASPECTOS REGULATORIOS”**

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)***

|  |  |
| --- | --- |
| **CUMPLIMIENTO REGULATORIO****REQUISITOS NECESARIOS PARA MEDICAMENTOS Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | **PROPUESTA** |
|
| **A) CUMPLIMIENTO REGULATORIO** |  |
| 1. Indicar si el laboratorio fabricante cuenta con el certificado de cumplimiento de las BPM vigente o es sujeto de inspecciones regulares por la Agencia Estatal 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. Indicar si el laboratorio fabricante cuenta con el certificado de cumplimiento de las BPM vigente para los ***productos importados***.
 |  |
| 1. Indicar si cuenta con Certificado de inspecciones de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) emitido por la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud y Deportes para productos importados o si cuentan con servicio tercializado deberán adjuntar contrato vigente.
 |  |
| **B) GARANTÍAS DE CALIDAD** |  |
| 1. El certificado de control de calidad debe estar de acuerdo a estándares establecidos en las farmacopeas de referencia en la Ley del medicamento 1737 o técnica propia validada y aprobada.

El certificado deberá contener especificaciones Físicas, especificaciones Químicas, especificaciones Microbiológicas, y especificaciones Biológicas cuando corresponda |  |
| 1. Los medicamentos deben estar comercializados en el país por los menos durante tres años
 |  |
| **C) GARANTIAS TÉCNICAS** |  |
| 1.   **.** Según listado del inciso “B” Especificaciones Técnicas del Pliego de Condiciones. |  |

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

 **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.: ON-CMA-003-2025 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025**

**(PRIMERA CONVOCATORIA)**

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, Insumos Odontológicos y Materiales Médico Quirúrgico, que sufran alteración, variación, trastorno o descomposición por defecto de fabricación en el marco de la presente **Contrato Marco**, 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.: ON-CMA-003-2025 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025**

**(PRIMERA CONVOCATORIA)**

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**

**MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

Fecha ---------------------------------------

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente

 **Ref.: ON-CMA-003-2025 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTIÓN 2025**

**(PRIMERA CONVOCATORIA)**

De nuestra consideración:

De acuerdo a la convocatoria de referencia y a toda la información contenida en el Pliego de Condiciones, nuestra Empresa............................... ***(indicar el nombre de la persona natural, empresa o asociación accidental)*** ofrece proveer   ***................................(indicar el objeto de la Licitación)*** por el importe total de Bs­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Literal y numeral bolivianos). *(si es por ítem señalar que los importes se hallan detallados en los formularios 13; 13A y 13B indicando los plazos de entrega).***

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

***Nombre del Representante Legal***

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

***Firma***

##

**FORMULARIO N° 12**

**PROPUESTA ECONÓMICA PARA MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS**

**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 cuarenta **(40) días calendario** se computará a partir de la fecha de emisión del contrato por Asesoría Legal Nacional de la CSBP, el mismo que será notificado por esa Unidad al proveedor adjudicado el día de la emisión del contrato para la firma correspondiente.

* **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° 12A**

**PROPUESTA ECONÓMICA PARA MEDICAMENTOS PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS**

**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 cuarenta **(40) días calendario** se computará a partir de la fecha de emisión del contrato por Asesoría Legal Nacional de la CSBP, el mismo que será notificado por esa Unidad al proveedor adjudicado el día de la emisión del contrato para la firma correspondiente.

* **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.**

**CUADRO N° 1**

**LISTADO MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME - GESTION 2025**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ITEM | CODIGO ODOO | PRODUCTO | CONCENTRACION | PRESENTACION (F.F.) | UNIDAD DE MANEJO | REQUERIMIENTO NACIONAL REFERENCIAL |
| 1 | L-01-01 | BLEOMICINA  | 15 UI | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 5 |
| 2 | L-01-03 | CAPECITABINE | 500 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 2.000 |
| 3 | L-01-04 | CARBOPLATINO | 450 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 66 |
| 4 | L-01-0508 | ALECTINIB | 150 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 1.464 |
| 5 | L-01-0509 | BORTEZOMIB | 2,5 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 12 |
| 6 | L-01-0525 | PERTUZUMAB+TRASTUZUMAB  | 600/600MG/10ML | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 9 |
| 7 | L-01-06 | CICLOFOSFAMIDA  | 1 G | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 48 |
| 8 | L-01-09 | CISPLATINO | 50 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 33 |
| 9 | L-01-10 | CITARABINA | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 34 |
| 10 | L-01-11 | CITARABINA  | 500 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 10 |
| 11 | L-01-15 | DOXORUBICINA | 50 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 30 |
| 12 | L-01-16 | ETOPOSIDO | 100 MG/5ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 44 |
| 13 | L-01-17 | FLUOROURACILO | 500 MG/10 ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 300 |
| 14 | L-01-18 | GEMCITABINA | 1 G | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 11 |
| 15 | L-01-19-A | HIDROXIUREA | 500 MG | CAPSULA | CAPSULA | 3.279 |
| 16 | L-01-20 | IFOSFAMIDA | 1G | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 12 |
| 17 | L-01-21 | ASPARGINASA | 10.000 UI | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 4 |
| 18 | L-01-23 | MERCAPTOPURINA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 700 |
| 19 | L-01-24 | METOTREXATO | 50 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 606 |
| 20 | L-01-25 | METOTREXATO | 500 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 12 |
| 21 | L-01-30 | VINCRISTINA | 1 MG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 60 |
| 22 | L-01-34 | OXALIPLATINO | 50MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 12 |
| 23 | L-01-35 | OXALIPLATINO | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 36 |
| 24 | L-01-37 | DAUNORUBICINA | 20 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 6 |
| 25 | L-01-38 | DOCETAXEL | 40 MG/ML (2 ML) | INYECTABLE | AMPOLLA | 56 |
| 26 | L-01-40 | IRINOTECAM | 100 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 42 |
| 27 | L-01-41 | RITUXIMAB | 500MG/50ML | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 24 |
| 28 | L-01-43 | TRASTUZUMAB | 600 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 15 |
| 29 | L-01-47 | DASATINIB | 100 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 |
| 30 | L-01-48 | DOXORUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA | 20 MG/10ML | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 20 |
| 31 | L-01-50 | IMATINIB | 400 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 1.024 |
| 32 | L-01-53 | TEMOZOLAMIDA | 250 MG | CAPSULA | CAPSULA | 15 |
| 33 | L-01-60 | PACLITAXEL | 300 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 66 |
| 34 | L-01-61 | PEGASPARGASA | 3.750 UI | INYECTABLE | AMPOLLA | 4 |
| 35 | L-02-01 | ANASTROZOL | 1 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 12.830 |
| 36 | L-02-04 | LETROZOL | 2,5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 5.100 |
| 37 | L-02-05 | TAMOXIFENO | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 3.891 |
| 38 | L-02-05-07 | OCTREOTIDA | 1 MG/5ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 35 |
| 39 | L-02-07 | TRIPTORELINA  | 11,25 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 69 |
| 40 | L-02-11 | ENZALUTAMIDA  | 40 MG | CAPSULA | CAPSULA | 960 |
| 41 | L-02-12 | BICALUTAMIDA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 1.500 |
| 42 | L-03-01 | FILGRASTRIM | 300 MCG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 545 |
| 43 | L-03-0503 | RITUXIMAB | 100 MG/10ML | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 7 |
| 44 | L-03-0504 | INTERFERON BETA 1 B | 9,6 MUI | INYECTABLE | AMPOLLA | 10 |
| 45 | L-03-0510 | BEVACIZUMAB | 400 MG/16ML | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 29 |
| 46 | L-04-01 | AZATIOPRINA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 14.057 |
| 47 | L-04-03 | CICLOSPORINA | 100 MG/ML | SOLUCION ORAL | FRASCO | 66 |
| 48 | L-04-0502 | INFLIXIMAB | 100 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 6 |
| 49 | L-04-0504 | ETANERCEPT | 50 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 24 |
| 50 | L-04-0509 | ADALIMUMAB | 40 MG | INYECTABLE | JERINGA PRELLENADA | 11 |
| 51 | L-04-07 | MICOFENOLATO DE MOFETILO | 500 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 23.030 |
| 52 | L-04-08 | TALIDOMIDA | 100 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 120 |
| 53 | L-04-10 | TACROLIMUS | 1 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 10.700 |
| 54 | L-04-12 | LEFLUNOMIDA | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 12.140 |
| 55 | L-04-18 | FINGOLIMOD | 0,5 MG | CAPSULA | CAPSULA | 880 |
| 56 | V-03-07 | LEUCOVORINA  | 50 MG | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 124 |
| 57 | V-03-08 | MESNA (MERCAPTO ETILSULFONATO SODICO)  |  400 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 22 |

**CUADRO N° 2**

**LISTADO MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS DENTRO Y FUERA DE LA LINAME GESTION 2025**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ITEM | CODIGO ODOO | PRODUCTO | CONCENTRACION | PRESENTACION (F.F.) | UNIDAD DE MANEJO | REQUERIMIENTO NACIONAL REFERENCIAL |
| 1 | A- 02-0508 | SUBSALICILATO DE BISMUTO | 87.33 MG/5ML | FRASCO | SOLUCION ORAL | 60 |
| 2 | A-02-07 | SUCRALFATO | 1 G/5 ML | SUSPENSION | FRASCO | 150 |
| 3 | A-07-0506 | RIFAXIMINA | 550 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 720 |
| 4 | A-07-08 | MESALAZINA | 1 G | SUPOSITORIO | SUPOSITORIO | 1.200 |
| 5 | A-10-05-A | INSULINA GLARGINA (10 ml) | 100 UI/ML | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 140 |
| 6 | A-10-06-B | INSULINA GLULISINA (10 ml) | 100 UI/ML | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 112 |
| 7 | A-10-05-B | INSULINA GLARGINA PENFIL | 100 UI/ML | INYECTABLE | JERINGA PRELLENADA | 20 |
| 8 | A-10-06-A | INSULINA GLULISINA PENFIL | 100 UI/ML | INYECTABLE | JERINGA PRELLENADA | 60 |
| 9 | A-10-0512 | SITAGLIPTINA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 500 |
| 10 | A-11-0504 | COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) | 2.000 UI | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 3.280 |
| 11 | A-12-0505 | CITRATO DE POTASIO GRANULADO | 1.08 MG | GRANULADO | SOBRE | 360 |
| 12 | B-01-0504 | APIXABAN  | 2.5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 90 |
| 13 | B-02-0507 | ELTROMBOPAG | 25 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 100 |
| 14 | B-02-04 | FACTOR VIII DE COAGULACION HUMANA | 500 UI | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 36 |
| 15 | B-05-02 | ALBUMINA HUMANA | 20% | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 928 |
| 16 | C-07-07 | LABETALOL  | 20 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 224 |
| 17 | C-01-0503 | PROPAFENONA CLORHIDRATO | 150 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 100 |
| 18 | C-08-0501 | NIFEDIPINO  | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 120 |
| 19 | C-08-0504 | DILTIAZEN | 60 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 2.000 |
| 20 | C-09-0503 | CANDESARTAN | 8 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 |
| 21 | D-10-0504 | ISOTRETINOINA | 20 MG | CAPSULA | CAPSULA | 900 |
| 22 | G-02-11 | CABERGOLINA | 0,5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 760 |
| 23 | G-04-0501 | TAMSULOSINA | 0,4 MG | CAPSULA | CAPSULA | 6.520 |
| 24 | G-04-0503 | TAMSULOSINA + DUTASTERIDA | 0,4/0,5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 1.000 |
| 25 | G-04-0504 | OXIBUTININA | 10 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 198 |
| 26 | H-01-04-A | SOMATOTROPINA | 4 UI (1,33 MG) | INYECTABLE | AMPOLLA | 672 |
| 27 | H-02-02 | DEXAMETASONA | 4 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 300 |
| 28 | H-02-0502 | BETAMETASONA ACETATO FOSFATO | 6 MG/6 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 107 |
| 29 | H-02-0504 | DEFLAZACORT | 30 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 795 |
| 30 | H-02-0506 | DEFLAZACORT | 6 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 120 |
| 31 | H-03-0502 | METIMAZOL | 20 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 360 |
| 32 | J-06-02 | INMUNOGLOBULINA ANTI D (Rh +) | 0,1 MG/ML A 0,2 MG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 15 |
| 33 | J-06-03-A | INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL | 5 G I.V. | INYECTABLE | AMPOLLA | 118 |
| 34 | J-07-0503 | TOXINA BOTULINICA  | 100 UI | INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA | 7 |
| 35 | M-01-0507 | HIALURONATO DE SODIO | 25 MG/2.5 ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 170 |
| 36 | M-04-0501 | FEBUXOSTAT | 80 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO O CAPSULA BLANDA | COMPRIMIDO  | 240 |
| 37 | M-05-04 | ACIDO ZOLEDRONICO | 4 MG | INYECTABLE | AMPOLLA | 39 |
| 38 | M-05-0501 | IBANDRONATO  | 150 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 20 |
| 39 | N-02-0515 | TAPENTADOL LIBERACIÓN PROLONGADA | 50 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 |
| 40 | N-02-0503 | GABAPENTINA | 300 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 2.260 |
| 41 | N-02-0504 | GABAPENTINA | 600 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 960 |
| 42 | N-03-0513 | OXCARBAZEPINA | 300 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 300 |
| 43 | N-03-0501 | LEVETIRACETAM | 1 G | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 6.500 |
| 44 | N-03-0511 | TOPIRAMATO | 25 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 340 |
| 45 | N-03-0514 | TOPIRAMATO | 50 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 825 |
| 46 | N-03-0515 | LEVETIRACETAM | 500 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 7.359 |
| 47 | N-03-0524 | LEVETIRACETAM | 100 MG/ML | SOLUCION ORAL | FRASCO | 108 |
| 48 | N-03-0520 | LACOSAMIDA | 100 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 |
| 49 | N-04-0503 | PRAMIPEXOL | 1 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 |
| 50 | N-05-0505 | DONEPECILO | 5 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 180 |
| 51 | N-05-0512 | RISPERIDONA | 1 MG/ML | FRASCO | SOLUCION ORAL | 18 |
| 52 | N-05-0501 | ESCITALOPRAM | 10 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 1.680 |
| 53 | N-05-0503 | DONEPECILO | 10 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO RECUBIERTO | 700 |
| 54 | N-05-0508 | QUETIAPINA | 25 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 |
| 55 | N-06-0514 | VENLAFAXINA | 75 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 180 |
| 56 | N-06-06 | METILFENIDATO | 10 MG | COMPRIMIDO | COMPRIMIDO | 11.500 |
| 57 | N-06-0501 | MEMANTINA | 10 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 8.300 |
| 58 | N-06-0503 | OLANZAPINA | 10 MG | COMPRIMIDO RECUBIERTO | COMPRIMIDO | 90 |
| 59 | N-06-09 | CAFEINA CITRATO | 20 MG/ML | INYECTABLE | AMPOLLA | 111 |
| 60 | R-03-0516 | BUDESONIDE+FORMOTEROL | 12 mcg/400 ug | CAP. INH. | CAP INH. | 705 |
| 61 | R-03-0508 | TIOTROPIO | 18 MCG | CAPSULA | CAPSULA | 900 |
| 62 | R-03-0501 | MOMETASONA NASAL | 50 MCG | FRASCO | FRASCO | 36 |
| 63 | S-01-0512 | PREDNISOLONA | 0,01 | FRASCO | SOLUCION OFTALMICA | 6 |
| 64 | S-01-0502 | BRIMONIDINA | 0,2% | SOLUCION OFTALMICA | FRASCO | 6 |
| 65 | S-01-0516 | DORZOLAMIDA+BRIMONIDINA +TIMOLOL | 0.2/0.2/2% | SOLUCION OFTALMICA | FRASCO | 276 |
| 66 | S-01-0511 | AFLIBERCEPT | 40 MG/ML | INYECTABLE | JERINGA PRELLENADA | 4 |
| 67 | V-03-0506 | ACETILCISTEINA  | 600 MG | SOBRE | POLVO | 180 |
| 68 | V-06-0502 | PROTEINAS PARA USO PEDIATRICO | 400 G | POLVO | FRASCO | 180 |
| 69 | V-06-01-E | PROTEINAS PARA USO DIABETICO | 400 G | POLVO | FRASCO | 120 |

**Cite: ON – AL – C – MED.2xxx/2025**

**CONTRATO DE CONTRATO MARCO**

**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**