La Caja Bancaria Estatal de Salud requiere la adquisición de **MEDICAMENTOS PARA ATENCION TRATAMIENTO Y REHABILITACION COVID-19** de acuerdo a los siguientes Ítems:

1. Ítem 1: Azitromicina 500mg Comprimidos
2. Ítem 2: Ceftriaxona 1 g. Inyectable
3. Ítem 3: Paracetamol (acetaminofeno) 500mg comprimidos
4. Ítem 4: Zinc 20 mg. Comprimidos
5. Ítem 5: Ácido Acetil Salicílico 100mg comprimidos
6. Ítem 6: Vitamina D3 2000 U.I. Capsula
7. Ítem 7: Dextrometorfano 10 mg/5ml Jarabe.
8. Ítem 8: Ácido Ascórbico (Vitamina C) 1g. Comprimido o capsulas
9. Ítem 9: Antigripal (paracetamol+ antihistamínico+ vasodilatador con o sin cafeína) según disponibilidad Comprimidos.
10. Ítem 10: Ranitidina 150 mg. Comprimidos.
11. Ítem 11: Codeína 10mg/5ml Jarabe
12. Ítem 12: Ivermectina 6 mg Comprimidos
13. Ítem 13: Omega 3 1000mg.capsula blanda.

Las empresas proponentes podrán presentarse a uno, dos o varios ítems descritos en las presentes Especificaciones Técnicas y Condiciones Administrativas

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES** |
| **PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS:** Las expresiones de interés deberán ser elaboradas conforme a los requisitos y condiciones establecidas en las presentes Especificaciones Técnicas y Condiciones Administrativas, utilizando los formularios incluidos, de acuerdo al siguiente detalle:1. **Formulario de Presentación de Propuesta**

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Debe señalar en el recuadro el Objeto de Contratación de acuerdo a la publicación emitida por la Unidad Solicitante.
 |
|  | * Colocar el nombre de la empresa o proponente.
 |
|  | * Colocar la rúbrica o firma del propietario o representante legal de la empresa o proponente más el nombre completo debajo de la misma
 |

1. **Formulario de Propuesta Económica:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Rellenar el Cuadro de Propuesta del Proponente especificando en cada una de las casillas la Cantidad Ofertada, Precio Unitario y Total en Bs de manera numeral y literal según corresponda.
 |

1. **Características y Condiciones Técnicas Solicitadas**

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Rellenar el cuadro en blanco al lado de cada ítem de acuerdo a los puntos solicitados y/o señalados según la propuesta a presenta por la empresa o proponente.
 |
|  | * Deberá presentar toda la documentación señalada. a su vez enseñar la muestra del o los Productos Solicitados
 |
|  | * Detallar su conformidad y/o aceptación de los enunciados descritos posterior al cuadro de Características y Condiciones Técnicas Solicitadas
 |

Nota: El llenado incorrecto /o incumplimiento a uno o más términos puede estar sujeto a descalificaciónSe hará la devolución de la o las muestras presentadas. |

# CONDICIONES TÉCNICAS

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES ADMINISTRATIVAS** | **Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su****propuesta** |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas (\*) | Característica Propuesta (\*\*) |
| I | **DETALLE DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
|  | La Caja Bancaria Estatal de Salud requiere la adquisición de **MEDICAMENTOS PARA ATENCION TRATAMIENTO Y REHABILITACION COVID-19** de acuerdo a los siguientes Ítems:1. Ítem 1: Azitromicina 500mg Comprimidos
2. Ítem 2: Ceftriaxona 1 g. Inyectable
3. Ítem 3: Paracetamol (acetaminofeno) 500mg comprimidos
4. Ítem 4: Zinc 20 mg. Comprimidos
5. Ítem 5: Ácido Acetil Salicílico 100mg comprimidos
6. Ítem 6: Vitamina D3 2000 U.I. Capsula
7. Ítem 7: Dextrometorfano 10 mg/5ml Jarabe.
8. Ítem 8: Ácido Ascórbico (Vitamina C) 1g. Comprimido o capsulas
9. Ítem9: Antigripal (paracetamol+ antihistamínico+ vasodilatador con o sin cafeína) según disponibilidad Comprimidos.
10. Ítem 10: Ranitidina 150 mg. Comprimidos.
11. Ítem 11: Codeína 10mg/5ml Jarabe
12. Ítem 12: Ivermectina 6 mg Comprimidos
13. Ítem 13: Omega 3 1000mg.capsula blanda.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 1:** | Azitromicina 500mg Comprimidos |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| AZITROMICINA | 500 mg | Comprimidos | 5.56 | 24,000 | 133,440.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimido ranurado en blister, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 2:** | Ceftriaxona 1 g. Inyectable |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| CEFTRIAXONA  | 1 g | Inyectable | 10.27 | 4,000 | 41,080.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * FRASCO de vidrio tipo I incoloro con tapón. Polvo para solución inyectable Vía I. M. y I.V.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 3:** | Paracetamol (acetaminofeno) 500mg comprimidos |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| PARACETAMOL (ACETAMINOFENO)  | 500 mg | Comprimido | 0.21 | 80,000 |  16,800.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimido ranurado en blister, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 4:** | Zinc 20 mg. Comprimidos |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| ZINC | 20MG | Comprimido | 0.73 | 80,000 | 58,400.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimido ranurado en blister, rotulado en el envase primario DCI
* Concentración en cada unidad posológica y con envase secundario.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| **ÍTEM 5:** | Ácido Acetil Salicílico 100 mg comprimidos |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| ACIDO ACETIL SALICILICO | 100 MG | COMPRIMIDO | 0.26 | 80,000 | 20,800.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimidos en blíster, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 6:** | Vitamina D3 2000 U.I. Capsula |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| VITAMINA D3 | 2000 UI | capsula | 0.72 | 80,000 | 57,600.00  |

 **ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Capsula blanda en blíster, rotulado en el envase primario DCI y concentración en envase primario.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 7:** | Dextrometorfano 10 mg/5ml Jarabe. |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| DEXTROMETORFANO | 10 mg/5 ml | JARABE | 9.59 | 6,000 | 57,540.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * FRASCO de de PVC o vidrio con tapa de seguridad rotulado pirograbado o con etiqueta adherida en el envase primario de difícil remoción con envase secundario individual y dosificador con medición.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 8:** | Ácido Ascórbico (Vitamina C) 1g. Comprimido o capsulas |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) | 1 G | COMPRIMIDO O CAPSULA | 0.72 | 50,000 | 36,000.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimido o capsula en blister, rotulado en el envase primario DCI y concentración.-
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTE****M :9** | Antigripal (paracetamol+ antihistamínico+ vasodilatador con o sin cafeína) según disponibilidad Comprimidos. |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| ANTIGRIPAL (PARACETAMOL+ ANTIHISTAMINICO +VASODILATADOR CON O SIN CAFEINA) | SEGUN DISPONIBILIDAD | Comprimidos | 0.54 | 50,000 | 27,000.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimido en blister, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 10:** | Ranitidina 150 mg. Comprimidos. |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| RANITIDINA | 150MG | COMPRIMIDO | 0.42 | 80,000 | 33,600.00 |

 **ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimido en blíster, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 11:** | Codeína 10mg/5ml Jarabe |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| CODEINA | 10 MG/5ML | JARABE | 17.81 | 1,000 | 17,810.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Frasco de PVC o vidrio con tapa de seguridad rotulado pirograbado o con etiqueta adherida en el envase primario de difícil remoción con envase secundario individual y dosificador con medición.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 12:** | Ivermectina 6 mg Comprimidos |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| INVERMECTINA | 6 MG | COMPRIMIDO | 14.70 | 25,000 | 367,500.00 |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Comprimido en blíster, rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica y con envase secundario individual
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
| II | **REQUISITOS DEL(LOS) BIEN(ES)** |  |
| **ÍTEM 13:** | Omega 3 1000mg.capsula blanda. |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CONCENCENTRACIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **PRECIO REFERENCIAL**  | **CANTIDAD** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| OMEGA 3 | 1000 MG | CAPSULA BLANDA | 0.70 | 80,000 | 56,000.00 |

 **ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES** * Capsula blanda rotulado en el envase primario DCI y concentración en cada unidad posológica.
 |  |
| III | **DOCUMENTOS A PRESENTAR** |  |
|  | 1. Fotocopia simple del Registro Sanitario vigente a nombre de la empresa proponente o carta de autorización de comercialización por parte del titular del Registro Sanitario.
2. Fotocopia simple del Certificado de Empresa.
3. Control de calidad
4. Carta compromiso de cambio de productos con vencimiento menor a 24 meses.
 |  |
|  | **CONDICIONES GENERALES** |  |
| IV | **MODALIDAD DE CONTRATACION** |  |
|  | Contratación Directa, bajo Reglamento para la atención de la Emergencia Sanitaria |  |
| V | **PRECIO REFERENCIAL:** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **Descripción del bien** | **Unidad de Medida** | **Cantidad solicitada** | **Precio referencial unitario** | **Precio referencial total** |
| **1** | AZITROMICINA 500MG | Comprimidos | 24,000 | 5.56 | 133,440.00 |
| **2** | CEFTRIAXONA 1 G | Inyectable | 4,000 | 10.27 | 41,080.00 |
| **3** | PARACETAMOL (ACETAMINOFENO) 500MG | Comprimido | 80,000 | 0.21 | 16,800.00 |
| **4** | ZINC 20MG | Comprimido | 80,000 | 0.73 | 58,400.00 |
| **5** | ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG | comprimidos | 80,000 | 0.26 | 20,800.00 |
| **6** | VITAMINA D3 2000 UI. | comprimidos | 80,000 | 0.72 | 57,600.00 |
| **7** | DEXTROMETORFANO 10MG /5ML |  Jarabe | 6,000 | 9.59 | 57,540.00 |
| **8** | ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) 1G |  Comprimido o Capsula | 50,000 | 0.72 | 36,000.00 |
| **9** | ANTIGRIPAL (PARACETAMOL+ ANTIHISTAMINICO +VASODILATADOR CON O SIN CAFEINA) SEGÚN DISPONIBILIDAD | Comprimido | 50,000 | 0.54 | 27,000.00 |
| **10** | RANITIDINA 150MG. | Comprimidos  | 80,000 | 0.42 | 33,600.00 |
| **11** | CODEINA 10MG/5ML | Jarabe | 1,000 | 17.81 | 17,810.00 |
| **12** | IVERMECTINA 6 MG | Comprimido | 25,000 | 14.70 | 367,500.00 |
| **13** | OMEGA 3 1000 MG | Capsula Blanda | 80,000 | 0.70 | 56,000.00 |
| **TOTAL PRECIO REFERENCIAL** | 923,570.00 |

(En este punto el proponente debe llenar el FORMULARIO PROPUESTA ECONÓMICA para cada uno de los ítems) |  |
| VI | **LUGAR DE PRESENTACION DE DOCUMENTOS:** |  |
|  | El o los postulantes deberán presentar sus propuestas de acuerdo a las características y condiciones técnicas solicitadas que será llenadas en el cuadro de características de la propuesta, debidamente foliadas y rubricadas en sobre cerrado a la Unidad Solicitante, adjuntando una muestra de la oferta que deberá ser respaldada con la ficha técnica o prospecto (Calle Panamá Nº 1162 planta baja Farmacia de la Caja Bancaria Estatal de salud) HASTA EL DIA MIERCOLES 16 DE MARZO DE 2022 HRS. 11:00 am. |  |
| VII | **FORMALIZACION DE CONTRATACION:** |  |
|  | El proponente adjudicado formalizara la contratación mediante orden de compra. |  |
| VIII | **FORMA DE ADJUDICACION:** |  |
|  | Por Ítems. Las empresas proponentes podrán presentarse a uno o varios ítems descritos en las presentes Especificaciones Técnicas y Condiciones Administrativas |  |
| IX | **LUGAR DE ENTREGA:** |  |
|  | Almacén Nacional de Farmacia, Poli Consultorio de la Caja Bancaria Estatal de Salud, ubicado en la guerrilleros lanza, casi esquina Panamá, en planta baja sótano en horarios establecidos de 9:00 am – 15:00 p.m. |  |
| X | **PLAZO DE ENTREGA:** |  |
|  | 3 días calendario a partir del día siguiente hábil de la emisión de la orden de compra. |  |
| XI | **VIGENCIA DE LA PROPUESTA:** |  |
|  | Mínimo 30 (Treinta) días calendario. |  |
| XII | **MULTAS:** |  |
|  | Se aplicará 1%sobre el monto total adjudicado por día retraso en la entrega |  |
| XII | **FORMA DE PAGO** |  |
|  | Mediante procedimientos establecidos de la institución, una vez entregado los bienes, previa emisión del informe de conformidad y Acta de Recepción por parte de la Comisión de Recepción y recepción de la factura correspondiente. |  |

# FORMULARIO PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DATOS DEL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN** |  |
|  |  |
| **SEÑALAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN:** |  |

A nombre de **(*Nombre del proponente)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento, conforme con los siguientes puntos:

**I.- De las Condiciones del Proceso**

1. Declaro cumplir estrictamente la propuesta presentada.
2. Declaro no tener conflicto de intereses para la presente convocatoria.
3. Declaro, que como proponente, no me encuentro en las causales de impedimento, establecidas en el Artículo 43 de las NB-SABS, para participar en la presente convocatoria.
4. 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 descalificar la presente propuesta, sin perjuicio de lo dispuesto en normativa específica.
5. Declaro la autenticidad de los documentos presentados en la propuesta, autorizando su verificación en las instancias correspondientes.
6. Me comprometo a denunciar, posibles actos de corrupción en la presente convocatoria, en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 974 de Unidades de Transparencia.
7. Acepto a sola firma de este documento que todos los Formularios presentados se tienen por suscritos.

***(Firma del propietario o representante legal del proponente) (Nombre complet***

# CONTRATACION DIRECTA PARA LA ATENCION DE LA EMERGENCIA SANITARIA

# ESPECIFICACIONES TECNICAS Y CONDICIONES ADMINISTRATIVAS

## FORMULARIO PROPUESTA ECONÓMICA

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS COMPLETADOS POR LA ENTIDAD CONVOCANTE** | **PROPUESTA** |
| **(A SER COMPLETADO POR EL PROPONENTE)** |
| **ITEM** | **Descripción del bien** | **Unidad de Medida** | **Cantidad solicitada** | **Precio referencial unitario** | **Precio referencial total** | **Cantidad Ofertada** | **Precio Unitario** | **Precio Total** |
| **(Bs.)** | **(Bs.)** |
| **1** | AZITROMICINA 500MG | Comprimidos | 24,000 | 5.56 | 133,440.00 |  |  |  |
| **2** | CEFTRIAXONA 1 G | Inyectable | 4,000 | 10.27 | 41,080.00 |  |  |  |
| **3** | PARACETAMOL (ACETAMINOFENO) 500MG | Comprimido | 80,000 | 0.21 | 16,800.00 |  |  |  |
| **4** | ZINC 20MG | Comprimido | 80,000 | 0.73 | 58,400.00 |  |  |  |
| **5** | ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG | comprimidos | 80,000 | 0.26 | 20,800.00 |  |  |  |
| **6** | VITAMINA D3 2000 UI. | comprimidos | 80,000 | 0.72 | 57,600.00 |  |  |  |
| **7** | DEXTROMETORFANO 10MG /5ML |  Jarabe | 6,000 | 9.59 | 57,540.00 |  |  |  |
| **8** | ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) 1G |  Comprimido o Capsula | 50,000 | 0.72 | 36,000.00 |  |  |  |
| **9** | ANTIGRIPAL (PARACETAMOL+ ANTIHISTAMINICO +VASODILATADOR CON O SIN CAFEINA) SEGÚN DISPONIBILIDAD | Comprimido | 50,000 | 0.54 | 27,000.00 |  |  |  |
| **10** | RANITIDINA 150MG. | Comprimidos  | 80,000 | 0.42 | 33,600.00 |  |  |  |
| **11** | CODEINA 10MG/5ML | Jarabe | 1,000 | 17.81 | 17,810.00 |  |  |  |
| **12** | IVERMECTINA 6 MG | Comprimido | 25,000 | 14.70 | 367,500.00 |  |  |  |
| **13** | OMEGA 3 1000 MG | Capsula Blanda | 80,000 | 0.70 | 56,000.00 |  |  |  |
| **TOTAL PRECIO REFERENCIAL NUMERAL** |  923,570.00  | **TOTAL PROPUESTA (Numeral)** |  |
| **TOTAL PRECIO REFERENCIAL: NOVECIENTOS VEINTE Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA 00/100****BOLIVIANOS** | **(Literal** |  |