

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SU-CP-012-2024

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“ADQUISICIÓN EQUIPAMIENTO MEDICO PARA REGIONAL SUCRE”** |

 **Sucre, septiembre de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****COMPARACIÓN DE PROPUESTAS SU-CP-012-2024****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MEDICO** **PARA REGIONAL SUCRE** |
| Tipo de Convocatoria: Comparación de Propuestas |
| Forma de adjudicación: POR ÍTEM |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Lic. Francisco Guzmán C. |
| Correo electrónico: francisco.guzman@csbp.com.bo  |
| Teléfono: 75761145 int. 5206 |

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación de la Solicitud de Propuestas  | Hasta: 23/09/2024 | - | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | Presentación de Ofertas | Hasta: 30/09/2024 | Hasta:15:00 | **Presentación Electrónica:** francisco.guzman@csbp.com.bo**Presentación Física:**  Las propuestas deberán presentarse en instalaciones de la Caja de Salud de la Banca Privada, Recepción de Correspondencia – Oficina Sucre (Calle Azurduy N° 89 Esq. Bolívar) |
| 3 | Resultado Del Proceso | 04/10/2024 | Envío de correo electrónico. |

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

|  |
| --- |
| **CODIGO DE PROCESO: SU-CP-012-2024** |

**ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MEDICO PARA REGIONAL SUCRE**

En cumplimiento al Reglamento de Compras, Articulo 15 Modalidades de Contratación, de la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a los potenciales proponentes, legalmente establecidas en el País, que se encuentren en capacidad de proveer los bienes requeridos en el presente proceso de contratación a presentar ofertas para la **ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO PARA REGIONAL SUCRE.**

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

Las ofertas deberán ser presentadas hasta horas 15:00, del día **lunes 30 de septiembre de 2024**, de forma digital mediante correo electrónico o en físico:

* En caso de que su propuesta sea enviada de forma digital, deberá ser enviada, antes de la fecha límite establecida al siguiente correo electrónico: francisco.guzman@csbp.com.bo indicando como referencia **“SU-CP-012-2024 – ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MEDICO PARA REGIONAL SUCRE”,** la misma deberá contener todos los espacios debidamente llenados.
* En caso de presentar su propuesta en forma física, debe entregarla en la siguiente dirección: Calle Azurduy N° 89 esquina Bolívar, en sobre cerrado, debidamente rotulado especificando la referencia de la siguiente manera: **“SU-CP-012-2024 – ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MEDICO PARA REGIONAL SUCRE”.**
1. **OBJETO:**

La CSBP Reg. Sucre, requiere la compra de MUEBLES DE OFICINA que serán entregados en la REGIONAL SUCRE, por tal motivo se requiere lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD |
| 1 | CAMILLA GINECOLOGICA  | 1 |
| 2 | BALANZA MECANICA CON TALLIMETRO | 1 |
| 3 | NEGATOSCOPIO LED DE DOS CUERPOS | 1 |
| 4 | CARRO DE CURACIÓN DE 2 BANDEJAS Y 1 GAVETA | 1 |

1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR:**

Las propuestas presentadas por las empresas oferentes, deberán contener la siguiente documentación (la omisión de alguno de los documentos descritos podrá ser causal de inhabilitación de la propuesta):

* 1. **PROPUESTA TECNICA:** El proponente debe presentar el formulario de “PROPUESTA TECNICA”

(Anexo 1) manifestando expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento, debidamente firmado.

* 1. **PROPUESTA ECONOMICA:** La propuesta económica debe ser presentada en el formulario “PROPUESTA ECONOMICA” (Anexo 2). La oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos) y deberá incluir los costos de importación, transporte y la provisión de todos los elementos y accesorios necesarios para la instalación completa, la CSBP no reconocerá pagos adicionales que no estén incluidos en sus propuestas
1. **METODOS DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el menor precio.
	1. **Evaluación Económica:** La comisión de calificación en sesión reservada ordenara las propuestas en función al monto de la oferta económica, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor costo, la segunda propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.
	2. **Evaluación Técnica:** La Comisión de calificación en sesión reservada, calificara la propuesta con el menor costo, procediendo a revisar la propuesta técnica, bajo el sistema CUMPLE o NO CUMPLE, si la propuesta CUMPLE con todos los requisitos exigidos, queda HABILITADA TECNICAMENTE y se procede a la Adjudicación de lo contrario su oferta es INHABILITADA y se evalúa con mismo procedimiento a la Propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.
2. **ADJUDICACION**:

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

1. **PLAZO DE ENTREGA:**

Debe señalar el plazo de entrega del bien requerido en días hábiles o calendario y a partir de cuándo será computado mencionar

1. **ORDEN DE COMPRA**:

Para el presente proceso, en caso de adjudicación, se emitirá una orden de compra por los bienes adquiridos, donde se especificará los datos para la emisión de la factura y plazo de entrega.

El pago correspondiente se realizará una vez recibidos y verificados los bienes adquiridos por parte de la comisión de evaluación y recepción.

1. **CONSULTAS:**

El proponente podrá efectuar consultas llamando al Teléfono: 464-54937 int. 5206 Unidad de Contabilidad o vía correo electrónico a la dirección francisco.guzman@csbp.com.bo

**ANEXO 1**

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA**

**ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO PARA REGIONAL SUCRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **SU-CP-012-2024** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | SUCRE | **septiembre 2024** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en las columnas de cada Item tiempo de entrega, requerido en días hábiles o calendario y a partir de cuándo será computado, mencionar.

**ITEM 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CANTIDAD** | **UNIDAD** | **PRODUCTO** | **TIEMPO DE ENTREGA** |
| **1** | **1** | **PIEZA** | **CAMILLA GINECOLOGICA** |  |
| **N°** | **ESPECIFICACIONES TECNICAS:** | **OFERTA**(Manifestar expresamente las condiciones de su oferta con referencia a cada requerimiento) | **PARA SER LLENADO POR LA C.S.B.P.** |
| **I** | **DETALLE DEL BIEN** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| Camilla para consultorio de ginecología y con accesorios para una mejor atención a pacientes. |  |  |  |
| **MARCA:** |  |  |  |
| **MODELO:**  |  |  |  |
| **PROCEDENCIA:** |  |  |  |
| **II** | **CARACTERISTICAS GENERALES**  |  |
| **A.** | **REQUISITOS DEL BIEN** |  |
| Mesa ginecológica con bandeja desplegable bajo sentadera de la camilla. |  |  |  |
| Fabricado en acero pintado, con pintura anticorrosiva de alta resistencia ante solventes, grasas, aceite y agua. |  |  |  |
| Lecho de 3 secciones de 2 movimientos Construida en estructura firme. |  |  |  |
| Reclinado de espaldar y posa piernas. |  |  |  |
| 2 pierneras con acolchado de alta densidad. |  |  |  |
| 1 bandeja desplegable |  |  |  |
| Agarraderas recubiertas de goma  |  |  |  |
| **Medidas:** 1800x600x850 mm (Dimensión de lecho) o1800x680x850 mm (Dimensión total con palancas laterales. |  |  |  |
| **B. INSTALACIÓN DEL BIEN** |  |
| Se debe coordinar la entrega en Policonsultorio de Regional Sucre. |  |  |  |
| **C. ACCESORIOS DEL BIEN** |  |
| Debe contar con los accesorios necesarios para su buen funcionamiento. |  |  |  |
| Gradilla de 2 o más peldaños . |  |  |  |
| **D. MANUALES**  |  |
| Manual de usuario en español |  |  |  |
| **E. DOCUMENTOS A ENTREGARSE CON LA PROPUESTA** |  |
| Catálogo legible en español con imagen y datos técnicos que respalden el cumplimiento a las especificaciones técnicas. |  |  |  |
| **F. GARANTIAS** |  |
| GARANTIA COMERCIALGarantía contra defectos de fabricación no menor a 12 meses, vigente a partir de la emisión del acta de recepción y conformidad. El equipo ofertado deberá contar con garantía de cobertura de reparación y/o sustitución del equipo, partes, piezas que resulten por fallas y/o defectos de fábrica, vicios ocultos, desgastes prematuros, mala instalación y/o mantenimiento. |  |  |  |
| El Proponente deberá presentar un Certificado de Garantía adjunta a la propuesta. |  |  |  |
| **G. PLAZO DE ENTREGA** |  |
| El tiempo de entrega e instalación no podrá superar los 15 días calendario a partir de la firma de la orden de compra. |  |  |  |
| El proponente deberá realizar la instalación, puesta en marcha y prueba de funcionamiento del equipo para la recepción final. |  |  |  |

**ITEM 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CANTIDAD** | **UNIDAD** | **PRODUCTO** | **TIEMPO DE ENTREGA** |
| **1** | **1** | **PIEZA** | **BALANZA MECANICA CON TALLÍMETRO** |  |
| **N°** | **ESPECIFICACIONES TECNICAS:** | **OFERTA**(Manifestar expresamente las condiciones de su oferta con referencia a cada requerimiento) | **PARA SER LLENADO POR LA C.S.B.P.** |
| **I** | **DETALLE DEL BIEN** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| Equipo para determinar el peso del paciente tipo digital. |  |  |  |
| **MARCA:** |  |  |  |
| **MODELO:**  |  |  |  |
| **PROCEDENCIA:** |  |  |  |
| **II** | **CARACTERISTICAS GENERALES**  |  |
| **A.** | **REQUISITOS DEL BIEN** |  |
| Capacidad: 180 Kg |  |  |  |
| Graduación: 50 g. |  |  |  |
| Tamaño de la plataforma (ancho x profundidad x alto): 10 ½” x 14” x 31/4” /267mm x 356mm x 83mm |  |  |  |
| Huella del producto (ancho x profundidad x alto): 29 1/4” x 103/8” x 571/2” /514mm x 264mm x 1461mm |  |  |  |
| Alfombrilla de plataforma: negra antideslizante |  |  |  |
| Altura de lectura dual profesional: 235/8” x 84” / 60 cm x 213 cm |  |  |  |
| Contrapesos opcionales disponibles para aumentar la capacidad hasta 210 Kg. |  |  |  |
| **B. INSTALACIÓN DEL BIEN** |  |
| Se debe coordinar la entrega en Policonsultorio de Regional Sucre. |  |  |  |
| **C. ACCESORIOS DEL BIEN** |  |
| Tallímetro de acuerdo al fabricante. |  |  |  |
| **D. MANUALES**  |  |
| Manual de usuario en español |  |  |  |
| **E. DOCUMENTOS A ENTREGARSE CON LA PROPUESTA** |  |
| El proponente debe entregar la certificación ISO 13485, ISO 9000 o equivalente, que garantice las buenas prácticas de manufactura en fotocopia simple vigente, sujeto a verificación. |  |
| Catálogo legible en español con imagen y datos técnicos que respalden el cumplimiento a las especificaciones técnicas, sujeto a verificación. |  |  |  |
| **F. GARANTIAS** |  |
| GARANTÍA COMERCIALGarantía contra defectos de fabricación no menor a 12 meses, vigente a partir de la emisión del acta de recepción y conformidad. El equipo ofertado deberá contar con garantía de cobertura de reparación y/o sustitución del equipo, partes, piezas que resulten por fallas y/o defectos de fábrica, vicios ocultos, desgastes prematuros, mala instalación y/o mantenimiento. |  |  |  |
| El Proponente deberá presentar un Certificado de Garantía adjunta a la propuesta. |  |  |  |
| **G. PLAZO DE ENTREGA** |  |
| El tiempo de entrega e instalación no podrá superar los 15 días calendario a partir de la firma de la orden de compra. |  |  |  |
| El proponente deberá realizar la instalación, puesta en marcha y prueba de funcionamiento del equipo para la recepción final. |  |  |  |

**ITEM 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CANTIDAD** | **UNIDAD** | **PRODUCTO** | **TIEMPO DE ENTREGA** |
| **1** | **1** | **PIEZA** | **NEGATOSCOPIO LED DE 2 CUERPOS** |  |
| **N°** | **ESPECIFICACIONES TECNICAS:** | **OFERTA**(Manifestar expresamente las condiciones de su oferta con referencia a cada requerimiento) | **PARA SER LLENADO POR LA C.S.B.P.** |
| **I** | **DETALLE DEL BIEN** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| Equipo para visualizar placas de Rayos X, mamografías y otros para diagnóstico. |  |  |  |
| **MARCA:** |  |  |  |
| **MODELO:**  |  |  |  |
| **PROCEDENCIA:** |  |  |  |
| **II** | **CARACTERISTICAS GENERALES**  |  |
| **A.** | **REQUISITOS DEL BIEN** |  |
| Panel totalmente LED par iluminación homogénea y brillante. |  |  |  |
| Temperatura de color de 9600 K |  |  |  |
| Diseño delgado con solo 45mm de espesor |  |  |  |
| Uniformidad de la luz, sin parpadeos. |  |  |  |
| Atenuación digital automática al prendido |  |  |  |
| Dimensiones: 85 x 51 x 45 cm |  |  |  |
| Fuente de Luz: Luz de fondo LED Matrix, larga vida de 100,000 horas |  |  |  |
| Brillo: 4500cd/m2 ° Consumo de energía: < 30W ° Entrada: 220-240 VAC |  |  |  |
| **B. INSTALACIÓN DEL BIEN** |  |
| Se debe incluir la instalación en el lugar de destino y capacitación sobre el manejo del equipo. |  |  |  |
| **C. ACCESORIOS DEL BIEN** |  |
| Debe contar con los accesorios para su buen funcionamiento. |  |  |  |
| **D. MANUALES**  |  |
| Manual de usuario en español |  |  |  |
| **E. DOCUMENTOS A ENTREGARSE CON LA PROPUESTA** |  |
| Catálogo legible en español con imagen y datos técnicos que respalden el cumplimiento a las especificaciones técnicas, sujeto a verificación. |  |  |  |
| **F. GARANTIAS** |  |
| GARANTÍA COMERCIALGarantía contra defectos de fabricación no menor a 12 meses, vigente a partir de la emisión del acta de recepción y conformidad. El equipo ofertado deberá contar con garantía de cobertura de reparación y/o sustitución del equipo, partes, piezas que resulten por fallas y/o defectos de fábrica, vicios ocultos, desgastes prematuros, mala instalación y/o mantenimiento. |  |  |  |
| El Proponente deberá presentar un Certificado de Garantía adjunta a la propuesta. |  |  |  |
| **G. PLAZO DE ENTREGA** |  |
| El tiempo de entrega e instalación no podrá superar los 15 días calendario a partir de la firma de la orden de compra. |  |  |  |
| El proponente deberá realizar la instalación, puesta en marcha y prueba de funcionamiento del equipo para la recepción final. |  |  |  |

**ITEM 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CANTIDAD** | **UNIDAD** | **PRODUCTO** | **TIEMPO DE ENTREGA** |
| **1** | **1** | **PIEZA** | **CARRO DE CURACIÓN DE 2 BANDEJAS Y 1 GAVETA** |  |
| **N°** | **ESPECIFICACIONES TECNICAS:** | **OFERTA**(Manifestar expresamente las condiciones de su oferta con referencia a cada requerimiento) | **PARA SER LLENADO POR LA C.S.B.P.** |
| **I** | **DETALLE DEL BIEN** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| Equipo para para el almacenamiento y transporte de materiales médicos durante procedimientos de atención médica a pacientes. |  |  |  |
| **MARCA:** |  |  |  |
| **MODELO:**  |  |  |  |
| **PROCEDENCIA:** |  |  |  |
| **II** | **CARACTERISTICAS GENERALES**  |  |
| **A.** | **REQUISITOS DEL BIEN** |  |
| Material: acero inoxidable, anticorrosivo. |  |  |  |
| 2 bandejas con barandillas de inox de fijación perimetral. |  |  |  |
| 1 gaveta de plancha inox de 1mm con jalador metálico, provista de corredera telescópica con freno. |  |  |  |
| 1 porta recipientes inox soldado en lado frontal. |  |  |  |
| 4 ruedas de goma grado hospitalario de 75mm de diámetro con giro de 360°2 ruedas provistas con frenos estacionarios. |  |  |  |
| DIMENSIONES:Bandeja Superior: 700 x 500 x 720 mmDimensión total: 700 x 500 x 850 mm |  |  |  |
| **B. INSTALACIÓN DEL BIEN** |  |
| La entrega debe realizarse en el Policonsultorio de CSBP de Regional sucre |  |  |  |
| **C. ACCESORIOS DEL BIEN** |  |
| Debe contar con los accesorios para su buen funcionamiento. |  |  |  |
| **D. MANUALES**  |  |
| Manual de usuario en español |  |  |  |
| **E. DOCUMENTOS A ENTREGARSE CON LA PROPUESTA** |  |
| Catálogo legible en español con imagen y datos técnicos que respalden el cumplimiento a las especificaciones técnicas, sujeto a verificación. |  |  |  |
| **F. GARANTIAS** |  |
| GARANTÍA COMERCIALGarantía contra defectos de fabricación no menor a 12 meses, vigente a partir de la emisión del acta de recepción y conformidad. El equipo ofertado deberá contar con garantía de cobertura de reparación y/o sustitución del equipo, partes, piezas que resulten por fallas y/o defectos de fábrica, vicios ocultos, desgastes prematuros, mala instalación y/o mantenimiento. |  |  |  |
| El Proponente deberá presentar un Certificado de Garantía adjunta a la propuesta. |  |  |  |
| **G. PLAZO DE ENTREGA** |  |
| El tiempo de entrega e instalación no podrá superar los 15 días calendario a partir de la firma de la orden de compra. |  |  |  |
| El proponente deberá realizar la entrega y prueba de funcionamiento del bien para la recepción final. |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **jueves 9 de mayo a horas 15:00** vía correo electrónico a la dirección: francisco.guzman@csbp.com.bo en las oficinas administrativas ubicadas Calle Azurduy N° 89 esquina Bolívar.

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

ELABORADO POR CSBP

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

|  |  |
| --- | --- |
| Validez de la oferta: |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **Sucre** |   | de | **septiembre** | de **2024** |

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

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

 SELLO EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

**ADQUISICION DE ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO PARA REGIONAL SUCRE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sucre**  |  | **de septiembre** | **de 2024** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **Nº** | **DETALLE**  | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | CAMILLA GINECOLOGICA  | 1 |   |   |
| 2 | BALANZA MECANICA CON TALLIMETRO | 1 |  |  |
| 3 | NEGATOSCOPIO LED DE DOS CUERPOS | 1 |  |  |
| 4 | CARRO DE CURACIÓN DE 2 BANDEJAS Y 1 GAVETA | 1 |  |  |
|  | **TOTAL BS.-** |  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Sucre -------------** | **de** | **-------------** | **de 2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |