

SECCIÓN I: CARTA DE INVITACION E INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

SOLICITUD DE COTIZACION DE PRECIOS No. PMCS-664-CP-B-BID-664-03-2023

COMPRA DE KIT DE HIGIENE MENSTRUAL (Bolso Caminata, Jabón, Toalla de algodón y Toalla sanitaria)

Fecha: 09 de junio 2023

A: Señores Oferentes

El Proyecto *Programa Multisectorial de Atención a Determinantes de la Salud en el Corredor Seco* en adelante "el Proyecto" financiado con fondos del BID, les invita a presentar una cotización para la **Compra de Kit de Higiene Menstrual (Bolso Caminata, Jabón, Toalla de algodón y Toalla sanitaria)**, de acuerdo con el siguiente detalle:

Lote Nº	DESCRIPCION	Código Galeno	UNIDAD	CANTIDAD	TIEMPO DE ENTREGA
1	Kit de Higiene Menstrual que contiene: 1. Un Bolso estilo Caminata de tela. 2. Un Jabón de tocador 3. Un Bolsita (Paquete) de toalla sanitaria de 10 unidades 4. Una Toalla de Algodón para secado de manos	10400074	Kit	2,558	Plazo de entrega mínima 30 días, máximo 40 días calendarios una vez recibida la orden de compra



TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
FUERZA DE PUEBLO QUE VENCE...!
UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"
Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
PBX (505) 22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni

ESPECIFICACIONES TECNICAS:

Los bienes requeridos con sus especificaciones técnicas son:

Lote N° 1: Kit de Higiene Menstrual (Bolso Caminata, Jabón, Toalla de algodón y Toalla sanitaria)

REQUERIDAS		OFERTADAS
Lugar de fabricación del bien		
ESPECIFICACIONES	DETALLAR	
Lote N° 1: Kit de Higiene Menstrual que contiene:		
1. Un Bolso estilo Caminata de tela.	Bolso estilo Caminata de tela. (impermeable con 1 logo Full Color (Diseño del arte suministrado por la Dirección General de Vigilancia para la Salud Pública, con Cordones de Nylon en colores variados)	
2. Un Jabón de tocador	Jabón de tocador en presentación sólida, Peso 130 gramos, empaque individual, Diversas fragancias	
3. Un Bolsita (Paquete) de toalla sanitaria de 10 unidades	Bolsita (Paquete) de toalla sanitaria de 10 unidades	
4. Una Toalla de Algodón para secado de manos	Toalla de Algodón para secado de manos Dimensiones: 10 cm x 19 cm, Colores Variados	
Cantidad	2558	
Garantía		
OTROS:		

PLAN DE ENTREGAS

El Oferente debe realizar las entregas de los bienes de acuerdo al siguiente plan de entregas:

Lote	Descripción	Días calendario
1	Kit de Higiene Menstrual que contiene: 1. Un Bolso estilo Caminata de tela. 2. Un Jabón de tocador 3. Un Bolsita (Paquete) de toalla sanitaria de 10 unidades 4. Una Toalla de Algodón para secado de manos	En un plazo mínimo 30 días calendarios, plazo máximo de 40 días calendarios, a partir de notificada la orden de compra al proveedor

TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!

FUERZA DE PUEBLO QUE VENDE...!

UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA
 MINISTERIO DE SALUD
 Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"
 Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
 PBX (505) 22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni



INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

- 1) El oferente deberá remitir su cotización incluyendo el total del lote detallado en esta solicitud de cotización.
- 2) No se aceptará ninguna cotización que contenga cantidades diferentes a las especificadas como necesarias.
- 3) Plazo límite y lugar para la presentación de cotizaciones: La cotización deberá ser presentada al contratante a más tardar el **16 de junio 2023, a las 10:00 am**, y debe ser entregada físicamente en la siguiente dirección:

Dirección: **División General de Adquisiciones, Complejo Nacional de Salud "Conchita Palacios" Costado oeste colonia 1ro. de mayo**

Proyecto: **"Programa Multisectorial de Atención a Determinantes de la Salud en el Corredor Seco"**

Solicitud de Cotización de Precios N^o. **PMCS-664-CP-B-BID-664-03-2023 "Compra de Kit de Higiene Menstrual (Bolso Caminata, Jabón, Toalla de Algodón y Toalla Sanitaria)"**

Atención: **Lic. Tania Isabel García González, Directora General de Adquisiciones-Ministerio de Salud**

- 4) Ofertas tardías: Ninguna oferta presentada fuera del plazo establecido en la invitación será recibida.
- 5) Validez de la cotización: La cotización deberá tener **validez de 90 días calendario** a partir de la fecha de entrega de la misma.
- 6) Aclaraciones: Todo Proveedor que requiera alguna aclaración sobre los documentos de la Solicitud de Cotización de Precios deberá comunicarse con el Comprador por escrito a la dirección del Comprador, **a más tardar el 12 de junio 2023 hasta las 04:00 pm**. El Comprador dará respuesta por escrito a las solicitudes recibidas, **a más tardar el 14 de junio 2023 hasta las 05:00 pm**, antes que venza el plazo para la presentación de Ofertas. Se enviará copia escrita de las respuestas del Comprador (incluida una explicación de la consulta, pero sin identificar su origen) a todos los oferentes que hayan recibido la Solicitud de Cotización de Precios
- 7) Moneda de la cotización: El monto de la cotización deberá expresarse en **Dólares** e incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA), impuestos aduaneros, transporte, seguros y demás costos vinculados para transportar los bienes hasta el lugar de entrega de acuerdo con los requerimientos establecidos. Para efectos de evaluación, el monto de aquellas cotizaciones que sean expresadas en Córdobas, será convertido a Dólar utilizando el tipo de cambio oficial establecido por el Banco Central de Nicaragua para la fecha definida como límite para la entrega de las cotizaciones.

TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
FUERZA DE PUEBLO QUE VENCE...!
UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"

Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua

PBX (505) 22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni



- 8) Forma de Pago: El pago del cien por ciento (100%) del monto de la orden de compra, será realizado mediante cheque, en Dólar utilizando el tipo de cambio oficial establecido por el Banco Central de Nicaragua para la fecha de elaboración del cheque. Dicho pago se completará en un plazo no mayor de **30 días después de recibidos los bienes conforme las especificaciones técnicas pertinentes, el proveedor deberá presentar Factura Original membretada y Pre-Numerada y documento de la Garantía de los Bienes.**
- 9) Lugar y plazo de entrega o cumplimiento: La entrega de los bienes debe ser en el *Centro de Insumos para la Salud (CIPS-MINSA)*, Los bienes deberán ser entregados en el CIPS-MINSA, ubicado de los Semáforos de la Colonia Miguel Gutiérrez 2 cuadras al lago 1 cuadra arriba, Managua, en un plazo mínimo **30 días calendarios**, plazo máximo de **40 días calendarios**, a partir de notificada la orden de compra al proveedor. Las cotizaciones que incluyan un plazo de entrega o cumplimiento superior al antes indicado serán rechazadas.
- 10) Evaluación de cotizaciones: La evaluación consistirá en determinar si las cotizaciones: i) **cumplen sustancialmente con todos los requisitos descritos en la solicitud de cotización;** ii) **cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas;** iii) **comparación de precios por el total cotizado, considerando todas las cotizaciones que se determine que hasta esta etapa de la evaluación cumplen sustancialmente con los requisitos solicitados.**
- 11) Adjudicación: El Proyecto adjudicará la orden de compra al oferente cuya cotización haya sido determinada la evaluada como la más baja por lote total y cumple con los requisitos de la solicitud de cotización. El Proyecto se reserva el derecho de rechazar las cotizaciones recibidas, o cualquiera de ellas en su totalidad o en parte. Asimismo, se reserva el derecho de efectuar adjudicaciones parciales conforme a los lotes de la lista de bienes.
- 12) Cotización única. En el caso que el proceso haya sido publicado en el SISCAE y de recibirse una única cotización, el Proyecto procederá a evaluar dicha cotización y si la considera aceptable para el proyecto, la adjudicará al proveedor participante. Si el proceso no fue publicado en el SISCAE, y se recibe una o dos ofertas no se puede adjudicar la oferta y debe realizarse un nuevo proceso de cotización.
- 13) Derecho del comprador a variar las cantidades al momento de la adjudicación: Al momento de adjudicar la orden de compra, el contratante se reserva el derecho de aumentar o disminuir las cantidades de los bienes siempre y cuando esta variación no exceda los porcentajes indicados a continuación **[20% del lote]**, y no altere los precios unitarios u otros términos y condiciones de la cotización y el documento de solicitud de cotización.
- 14) Elegibilidad de los Bienes y Servicios Conexos: Todos los Bienes y Servicios Conexos deben tener su origen en cualquier país miembro del Banco.

TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
FUERZA DE PUEBLO QUE VENCE...!
UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"

Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua

PBX (505)22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni



- 15) **Garantías:** El Proveedor Adjudicado certificará que los bienes cotizados son nuevos, sin uso y de fabricación corriente.
- 16) **Embalaje de los bienes:** Los bienes serán recibidos en empaques de bolsa plástica rotuladas indicando la cantidad de 50 Kit.
- 17) **Reposición o Sustitución de los bienes:** Si alguno de los bienes que suple el proveedor sufre algún tipo de daño en el traslado o presenta desperfectos de la calidad requerida, el proveedor seleccionado deberá sustituirlo por uno nuevo (mismas especificaciones técnicas) en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles, después de que el adquiriente haya realizado el reclamo formal por escrito.

Sin otro particular, nos suscribimos muy atentamente,



Lic. Tania Isabel García González
Directora General de la División de Adquisiciones
Ministerio de Salud

cc: Exp. PMCS-664-CP-B-BID-664-03-2023 / Ypp. –

TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
FUERZA DE PUEBLO QUE VENCE...!
UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"
Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
PBX (505) 22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni

SECCIÓN II: FORMULARIO DE OFERTA

[Esta sección debe ser llenada por el PROVEEDOR]

Fecha: _____

Invitación a Cotizar No. _____

A: Señores Proyecto [nombre del Proyecto]
Atención: [nombre del funcionario a cargo de las Adquisiciones del Proyecto]
[Dirección]

Estimados señores:

Luego de haber examinado los documentos de invitación a cotizar, los suscritos ofrecemos proveer y entregar [describir los bienes] de conformidad con dichos documentos, por la suma de [moneda + monto total de la oferta en palabras y números].

OFERTA ECONOMICA [El número de filas dependerá del número de lote a cotizar]

Lote	Descripción	País de origen de los bienes	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	[Describir del Lote]				
2	[Describir del Lote]				
TOTAL OFERTA BIENES					
OTROS COSTOS (Detallar)					
TOTAL OFERTA					

Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a entregar los bienes con las especificaciones técnicas solicitadas y ofertadas por nosotros y a mantener las garantías de los mismos, de conformidad con lo indicado en esta oferta y con las Especificaciones Técnicas para el(los) lote(s) respectivo(s).

Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a realizar las entregas de los bienes y/o servicios al plan de entregas y/o cumplimiento solicitado por el Proyecto en la invitación a Cotizar.

Hemos revisado y aceptamos todas las instrucciones a los Proveedores indicadas en esta solicitud de cotización.

Sin otro particular, nos suscribimos muy atentamente,

[firma] [en calidad de Representante Legal o Gerente de Ventas]

Nombre de la empresa: _____

Nombre y cargo del que firma la oferta: _____

Fecha el _____

Sello de la empresa o proveedor

TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
FUERZA DE PUEBLO QUE VENGE...!
UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"
Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
PBX (505)22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni



B. FORMULARIO DE DECLARACION DE MANTENIMIENTO DE OFERTA
[A ser completado por el PROVEEDOR]

DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA

[El Oferente completará este Formulario de la Declaración de Mantenimiento de la Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas.]

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta]*
CP No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

A: *[indicar el nombre completo del Comprador]*

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de la Oferta.
2. Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Comprador por un período de *un (01) año, contado a partir de vencido el plazo para la presentación de la Garantía de Cumplimiento*, si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la oferta si:
 - (a) retiráramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o
 - (b) si después de haber sido notificados de la aceptación de nuestra Oferta durante el período de validez de la misma, (i) no firmamos o rehusamos a firmar el Contrato u aceptar la Orden de Compra, si es requerido.
3. Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará si no somos los seleccionados, y cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) si recibimos una copia de su comunicación con el nombre del Oferente seleccionado; o (ii) han transcurrido veintiocho días después de la expiración de nuestra Oferta.

[Nota: Entendemos que si somos una Asociación en Participación, Consorcio o Asociación (APCA), la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá estar en el nombre de la APCA que presenta la Oferta. Si la APCA no ha sido legalmente constituida en el momento de presentar la oferta, la Declaración de Mantenimiento de la Oferta deberá ser en nombre de todos los miembros futuros tal como se enumeran en la carta de intención mencionada en la Subcláusula 16.1 de las IAO.]

Firmada: *[insertar la firma de la persona cuyo nombre y capacidad se indican]*. En capacidad de *[indicar la capacidad jurídica de la persona que firma la Declaración de Mantenimiento de la Oferta]*

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma la Declaración de Mantenimiento de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: *[indicar el nombre completo del Oferente]*

Fechada el _____ día de _____ de 202_____ *[indicar la fecha de la firma]*

TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
FUERZA DE PUEBLO QUE VENGE...!
UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"
Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
PBX (505)22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni





SECCIÓN III: MODELO DE ORDEN DE COMPRA O CONTRATO

Gobierno de la República de Nicaragua
 Ministerio de Hacienda y Crédito Público
 No. Orden de Compra

Criterios de Filtro : Ejercicio Presupuestario - 2021, Orden de Compra

DATOS GENERALES							
Entidad		014 Ministerio de Salud					
Área Solicitante	Área de Adquisiciones	Área Central de Adquisiciones Ministerio de Salud	Gerenciamiento Presupuestario	2021	Moneda	CÓDIGO S (CI)	
Descripción de la Orden de Compra							
DATOS DEL PROCESO DE ADQUISICIÓN				PUNTO DE FINANCIAMIENTO:			
No. Expediente		Estado de la Orden de Compra					
DATOS DEL PROVEEDOR ADJUDICADO							
Nombre / Razón Social de l			RUC				
Dirección			FAX				
Teléfono							
DETALLE DE LA ORDEN DE COMPRA							
Total		Valor en letras					
No	Código CBS	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Impuesto	Precio Total
1	XX	XX	XX	XX	0	0	0
2	XX	XX	XX	XX	0	0	0
3	XX	XX	XX	XX	0	0	0
4	XX	XX	XX	XX	0.000	0.000	0.00
					Taxes	0.000	0.00
ENTREGAS PARCIALES							
Código CBS	Cantidad	Fecha de Entrega	Lugar de Entrega	Observaciones	Forma de Pago		
OTROS DETALLES							
Contrato No.							
Instrucciones Especiales		Si el Proveedor no cumple con la entrega de la totalidad o parte de los bienes en la(s) fecha(s) establecida(s) y con la prestación de los servicios conexos dentro del periodo especificado en el contrato por causas imputables al Proveedor, el Comisario podrá por igual el plazo del suministro del Proveedor deduciendo del precio del contrato por concepto de liquidación por daños y perjuicios una suma equivalente al 0.25% del precio del contrato por día de retraso hasta alcanzar el máximo del 10%.					

Lic. Tania Isabel Garcia Gonzalez
 Directora General División de Adquisiciones

Lic. Yuri Brismark Leiva Sevilla
 Director General Administrativo Financiero

Analista Yadra Perez



TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
 FUERZA DE PUEBLO QUE VENCE...!
 UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!
 CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
 MINISTERIO DE SALUD
 Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"
 Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
 PBX (505) 22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni



**Anexo Orden de Compra
Declaración de descalificación por incumplimiento**

[El Oferente seleccionado completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas cuando el monto adjudicado sea menor de \$25,000.00. Esta declaración deberá ser aportada dentro de un plazo máximo de 5 días calendarios, contados después de la notificación de la Orden de Compra]

Comparación de Precios No.: [indicar el número del procedimiento]
Contrato No.: [indicar el número del contrato]

A: [indicar el nombre completo del Contratante]

El suscrito, acepta que automáticamente será descalificado en cualquier procedimiento de licitación realizado por el Comprador por un período de *un (01) año* contado a partir de la fecha de firma de esta declaración, si incurro en incumplimiento fundamental del Contrato conforme las causales aplicables al Proveedor que se establecen en la cláusula 35 de las Condiciones Generales del Contrato.

Entiendo que esta Declaración de descalificación por incumplimiento expirará cuando el Comprador manifieste por escrito el cumplimiento del Contrato arriba referido.

Firmada: [firma de la persona cuyo nombre y capacidad se indican]
En capacidad de [indicar la capacidad jurídica de la persona que firma esta Declaración]

Nombre: [nombre completo de la persona que firma esta declaración]
Debidamente autorizado para firmar el Contrato por y en nombre de: [nombre completo del Proveedor]

Fecha el _____ de _____ de 20_____ [indicar la fecha de la firma]



TODOS JUNTOS, VAMOS ADELANTE...!
FUERZA DE PUEBLO QUE VENCE...!
UNIDAD PARA LA PROSPERIDAD...!

CON DANIEL, EL FRENTE, EL PUEBLO PRESIDENTE...!



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"
Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
PBX (505)22647730 - 22647630 - Web www.minsa.gob.ni