PAC Nº: 282.222

ADENDA Nº 01/2014

DEPARTAMENTO DE LICITACIONES DEL M.S.P. y B.S.

COMUNICA POR ESTE MEDIO; QUE EN EL MARCO DE LA **CONTRATACIÓN POR VÍA DE LA EXCEPCIÓN N° 29/2014 *"ADQUISICIÓN POR URGENCIA IMPOSTERGABLE DE REACTIVOS E INSUMOS PARA FIBROSIS QUÍSTICA"*** SE REALIZAN LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES ESPECÍFICAMENTE EN EL SIGUIENTE PUNTO, QUEDANDO REDACTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

SECCIÓN I. DATOS DE LA LICITACIÓN (DDL)

	D. Presentación y Apertura de Ofertas
IAO 23.1	Para propósitos de la presentación de las ofertas, la dirección de la Convocante es: Atención: ING. M.A.E. Sergio Barrios Heyn, Director General Dirección: AVDA. PETTIROSSI y BRASIL Piso/Oficina: 1er PISO – OFICINA 418 - MESA DE ENTRADA Ciudad: Asunción, Paraguay La fecha límite para presentar las ofertas es: Fecha: 13 de octubre de 2014 Hora: hasta las 08:50 a.m. horas
IAO 26.1	La apertura de las ofertas tendrá lugar en: Dirección: AVDA. PETTIROSSI y BRASIL Piso/Oficina: 1er PISO – OFICINA 418 - MESA DE ENTRADA Ciudad: Asunción, Paraguay Fecha: 13 de octubre de 2014 Hora: 09:00 a.m. horas

Ing. M.A.E. Sergio Barrios
Director General
Dirección General de Contrataciones
M.S.P. y B.S.

Sección III. Suministros Requeridos

DONDE DICE:

1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

MEDICAMENTOS						
Items	**Codigo de catalogo**	**Nombre Genérico**	**Forma farmaceutica**	**Concentración**	**Presentación Primaria**	**Unidad de Medida**
3	51181608-001	Levotiroxina	Comprimido	Sodica de 50mcg	BLISTER TRIRANURADOS	UNIDAD
4	51181608-001	Levotiroxina	Comprimido	Sodica de 100mcg	BLISTER TRIRANURADOS	UNIDAD

REACTIVOS					
Item	**Codigo de catalogo**	**Nombre Genérico**	**Especificaciones técnicas**	**Presentación Primaria**	**Unidad de Medida**
18	41116105-531	Tripsina Inmunoreactiva	DETERMINACIONES EN TSH NEONATAL EN MUESTRAS DE SANGRE SECA EN PAPEL DE FILTRO, METODOLOGIA FLUOROMETRICA A TIEMPO RESUELTO MUESTRAS DE SANGRE EN PAPEL DE FILTRO METODO FLUOROMETRICO DELFIA (dissociation enhancement lanthanide fluoroinmmunoassay). CAJAS DE como minimo 960 DET. Con papel de filtro compatible con los reactivos solicitados y estandarizados en el Programa de Fibrosis Quistica y Retardo Mental. Para toma de muestra coordinar numeración con el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental. Reactivo compatible con el equipo del Programa (Perkin Elmer) de forma automatizada que incorpore el menor número de intervenciones en el procedimiento hasta la impresion del resultado, software que arreje resultado no mayor a 2 decimales. El servicio técnico y de mantenimiento de los equipos usufructuados debe ser mensual y disponible las 24 hs., en el caso de algún desperfecto de estos.	CAJA	DETERMINACION

DEBE DECIR:

1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

MEDICAMENTOS						
Items	**Codigo de catalogo**	**Nombre Genérico**	**Forma farmaceutica**	**Concentración**	**Presentación Primaria**	**Unidad de Medida**
3	51181608-001	Levotiroxina	Comprimido	Sodica de 50mcg	BLISTER RANURADOS	UNIDAD
4	51181608-001	Levotiroxina	Comprimido	Sodica de 100mcg	BLISTER RANURADOS	UNIDAD

REACTIVOS					
Item	**Codigo de catalogo**	**Nombre Genérico**	**Especificaciones técnicas**	**Presentación Primaria**	**Unidad de Medida**
18	41116105-531	Tripsina Inmunoreactiva	DETERMINACIONES EN TRIPSINA INMUNOREACTIVA EN MUESTRAS DE SANGRE SECA EN PAPEL DE FILTRO, METODOLOGIA FLUOROMETRICA A TIEMPO RESUELTO MUESTRAS DE SANGRE EN PAPEL DE FILTRO METODO FLUOROMETRICO DELFIA (dissociation enhancement lanthanide fluoroinmmunoassay). CAJAS DE como minimo 960 DET. Con papel de filtro compatible con los reactivos solicitados y estandarizados en el Programa de Fibrosis Quistica y Retardo Mental. Para toma de muestra coordinar numeración con el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental. Reactivo compatible con el equipo del Programa (Perkin Elmer) de forma automatizada que incorpore el menor número de intervenciones en el procedimiento hasta la impresion del resultado, software que arreje resultado no mayor a 2 decimales. El servicio técnico y de mantenimiento de los equipos usufructuados debe ser mensual y disponible las 24 hs., en el caso de algún desperfecto de estos.	CAJA	DETERMINACION

Dr. MARCOS Sergio Barrios
Director General
Dirección Operativa de Contrataciones
M.S.P. y B.S.

FORMULARIO N° 3

Formulario de Oferta

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones al contenido de este formulario ni se aceptarán substituciones.]

Fecha: _____

CVE No.: _____

A: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

a) Hemos examinado y no tenemos objeción alguna a los Documentos de Licitación, incluyendo las Instrucciones a los Oferentes (IAO) y las Condiciones Generales del Contrato (CGC) aprobadas por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas y difundidas en el Sistema de Información de las Contrataciones y las Adendas publicadas,

b) Nuestra firma no está comprendida en las limitaciones o prohibiciones para contratar con el Estado en general y con esta Convocante en particular, establecidas en el artículo 40 de la Ley N° 2051/03.

c) Nos abstenemos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados del Convocante en el presente llamado, induzcan o alteren las exigencias del llamado, las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento, la ejecución contractual u otros aspectos que pudieran otorgarnos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, como por ejemplo, y de manera enunciativa y no limitativa, el soborno y la colusión.

d) Asumimos el compromiso de comunicar por medios fehacientes al Convocante, de manera inmediata a su surgimiento, cualquier alteración en la situación jurídica respecto de las citadas inhabilidades, dejando expresa constancia que independiente a esta situación, automáticamente cesta eficacia y validez a la presente.

e) Declaramos que hemos verificado toda la documentación que compone nuestra oferta y conocemos el contenido de los mismos, incluso de aquellos gestionados por terceros para nosotros, y autorizamos a la Convocante a confirmar la información por nosotros suministrada en nuestra oferta, a través de cualquier fuente pública o privada de información.

f) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la adjudicación y su notificación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.

g) Entendemos que la Convocante tiene el derecho de cancelar o declarar desierta la licitación, rechazar todas las ofertas en cualquier momento con anterioridad a la adjudicación del contrato, conforme con lo dispuesto en los artículos 30 y 31 de la Ley N° 2051/03 de Contrataciones Públicas, sin que por ello incurra en responsabilidad alguna frente a los Oferentes.

h) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la cláusula 42 de las IAO y cláusula 16 de las CGC;

i) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la cláusula 19.1 de las DDL, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con la cláusula 19.1 y 23.1 de las Instrucciones a los Oferentes. Esta oferta nos obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento hasta antes del término de dicho período;

j) Ofrecemos proveer los siguientes *[Bienes / Servicios]* de conformidad con los Documentos de la Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas y nos comprometemos a que estos *[Bienes / Servicios]* cumplan a cabalidad con las Especificaciones Técnicas y Requerimientos del Pliego de Bases y Condiciones, siendo e**l precio de nuestra oferta el que se indica en la siguiente Lista de Precios**

Lista de Precios

Fecha: _____

CVE No: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	10	11
ÍTEM*	CÓDIGO CATALOGO*	DESCRIPCIÓN DEL BIEN*	PRESENTACIÓN*	UNIDAD DE MEDIDA*	MARCA**	PROCEDENCIA**	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO C/IVA**	PRECIO TOTAL C/IVA**
1	42231802-001	Formula lactea calorico maltodextrina	LATA MINIMO DE 400 GR	UNIDAD			540		
2	51182403-9999	Fosfato tricalcico + glicerofosfato de magnesio + vitamina + asociado	FRASCO	UNIDAD			450		

Ing. Sergio Barrios
Director General
Dirección General Operativa de Contrataciones
MSP y BS

3	51181608-001	Levotiroxina	BLISTER RANURADOS	UNIDAD			120.000		
4	51181608-001	Levotiroxina	BLISTER RANURADOS	UNIDAD			35.000		
5	51131503-004	sulfato ferroso + Acido Folico	FRASCO	UNIDAD			500		
6	51191905-047	Tocoferon	BLISTER	UNIDAD			800		
7	51191905-051	Vitamina A, C, D	FRASCO GOTERO	UNIDAD			150		
8	41104102-004	Lanceta Esteril	UNIDAD	UNIDAD			50.000		
9	41104102-005	Lanceta para dispositivo de puncion	UNIDAD	UNIDAD			750		
10	41121607-004	Porta tips	RACK	UNIDAD			10		
11	41121607-002	Puntas para pipetas	UNIDAD	UNIDAD			9.000		
12	41121607-002	Puntas para pipetas	UNIDAD	UNIDAD			125.000		
13	41121607-002	Puntas para pipetas	UNIDAD	UNIDAD			125.000		
14	41121806-003	Vial de vidrio	UNIDAD	UNIDAD			500		
	41116002-014	Fenilalanina Neonatal	CAJA	DETERMINACION			6.080		
16	41121811-999	Kit para extraccion de muestras biologicas	KIT	DETERMINACION			30		
17	41116126-013	Kits- Determinacion de T4	CAJA	UNIDAD			1.440		
18	41116105-531	Tripsina Inmunoreactiva	CAJA	DETERMINACION			28.800		
19	41116105-275	TSH Neonatal	CAJA	DETERMINACION			38.400		
20	41116105-368	TSH Reactivo	CAJA	DETERMINACION			1.440		
							"Precio Total:		

***Campo a ser completado por el Convocante**
****Campo a ser completado por el Oferente**

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

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

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

El día _____ del mes _____ del año _____ *[indicar la fecha de la firma]*

Asunción, 09 de octubre de 2014

Ing. M.A.E. Sergio Barrios
Director General
Dirección General de Contrataciones
MSPyBS