



Caja de Salud  
**Banca Privada**

REGIONAL

N°

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**  
Proceso de Compra Menor No  de 2021

Potosí 11 de Junio de 2021

Señores: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Agradecemos a Ud.(s) cotizar los productos descritos a continuación, especificando lo solicitado e incluir en el monto los impuestos de Ley.  
**Los medicamentos deberán contar con su certificado de control de calidad, al momento de la COTIZACIÓN**

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	PRODUCTO	PRESENTACION	PROCEDECIA	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACION	FECHA VENCIMIENTO	PRECIO UNITARIO Bs	IMPORTE Bs
S-01-27	6	FRASCO	BETAXOLOL 0.5% SOL.OFTALMICA							
A-02-01	90	FRASCO	ALUMINIO MG/ HIDROXIDO 1:1SUSP							
A-02-04	150	AMPOLLA	RANITIDINA 50 MG							
A-06-07	15	FRASCO	LACTULOSA 65% JARABE							
A-07-02	200	COMPRIM	LOPERAMIDA 2 MG							
A-10-01	600	COMPRIM	GLIBENCLAMIDA 5 MG							
A-10-02	8	FCO- AM	INSULINA ISOFANE HM 100 UI							
A-10-04	1300	COMPRIM	METFORMINA 850 MG							
A-11-07	400	AMPOLLA	COMPLEJO B INY							
A-11-09	2400	COMPRIM	MULTIVITAMINAS							
A-11-10	50	ERASCO	MULTIVITAMINAS JARABE							
A-12-05	40	FRASCO	ZINC 20 MG SOLUCION ORAL							
B-01-06	240	COMPRIM	CLOPIDOGREL 75 MG							
B-03-01	800	COMPRIM	AC. FOLICO 5 MG							
B-05-01	400	AMPOLLA	AGUA DESTILADA							
A-11-19	2500	CAPSULA	VITAMINA E 10.000 UI CAPSULAS							

OBSERVACIONES: La presente cotización debe ser presentada hasta el día  de  del 2021 en la Caja de Salud de la Banca Privada  
DIRECCIÓN: Calle Periodista Esq. Padilla Nro 132 HRS.: 16:00

*Alvaro Morales Cárdenas*  
**ALVARO MORALES CÁRDENAS**  
CONTADOR  
C.S.B.P. REGIONAL POTOSI

FRIMA Y SELLO RESPONSABLE C.S.B.P.

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

Tiempo de Entrega: \_\_\_\_\_

Validez de la oferta: \_\_\_\_\_

Potosí de Junio de 2021

SELLO EMPRESA

NOMBRE Y FIRMA



Caja de Salud

**Banca Privada**

REGIONAL Potosí

N° 2

CMF-006-2021

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

Proceso de Compra Mayor No 8

Potosí 11 de Junio de 2021

Dirección:

Señores:

Agradecemos a U.S.(s) cotizar los productos descritos a continuación, especificando lo solicitado e incluir en el monto los impuestos de Ley.  
 (Los medicamentos deberán estar con su certificado de calidad en vigencia y no haber sido retirados de circulación)

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	PRODUCTO	PRESENTACION	PROCEDENCIA	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACION	FECHA VENCIMIENTO	PRECIO UNITARIO Bs	IMPORTE Bs
C-07-01	150	COMPRI	ATEVOLOL 100 MG COMP							
C-08-09	500	COMPRI	AMLODIPINO 10 MG							
C-10-06	800	COMPRI	ATORVASTATINA 20 MG							
D-02-03	100	TUBO	POMADA ANALGESICA ANTIRREUMATI							
G-04-03	400	COMPRI	FINASTERIDE 5MG							
J-02-02	50	AMPOLLI	FLUCONAZOL 200 MG INY							
J-01-16	130	PC-O- AMP	PENICILINA BENZAT 2.4MEGA INY							
J-01-18	200	AMPOLLA	PENICILINA PROCAI 0.8 MEGA INY							
J-01-21	50	AMPOLLA	CEFAZOLINA 1 G INYECTABLE							
J-01-26	300	AMPOLLI	CEFTRIAXONA 1 G							
J-01-27	800	COMPRI	CIPROFLOXACINA 500 MG							
J-01-29	300	COMPRI	CLARITROMICINA 500MG							
J-01-08	200	AMPOLLI	LEVOFLOXACINA 500 MG							
L-01-26	300	COMPRI	METOTREXATO 2.5 MG							
L-04-16	300	COMPRI	LEFLUNOMIDA 20 MG							

OBSERVACIONES: La presente cotización debe ser presentada hasta el día 15 de Junio del 2021 en la Caja de Salud de la Banca Privada

DIRECCIÓN: Calle Periodista Esp. Pacilla Nro.132 HRS: 16:00

**Alvaro Morales Cardona**  
**CONTADOR**  
 C.S.B.P. REGIONAL POTOSÍ

PRIMA Y SELLO RESPONSABLE C.S.B.P.

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

Tiempo de Entrega:

Validez de la oferta:

Potosí de Junio de 2021

SELLO EMPRESA

NOMBRE Y FIRMA



REGIONAL Potosí

N° 3

CM-008-2021

SOLICITUD DE COTIZACIÓN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Proceso de Compra Menor No 8

de 2021

Junio

Potosí 11 de

Señores:

Dirección:

Agradecemos a Ud. (s) cotizar los productos descritos a continuación, especificando lo solicitado e incluir en el monto los impuestos de Ley.  
**Los medicamentos deberán contar con su certificado de control de calidad, al momento de la COTIZACIÓN**

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	PRODUCTO	PRESENTACION	PROCEDECIA	NOMBRE COMERCIAL	CONCEN-TRACION	FECHA VENCIMIENTO	PRECIO UNITARIO Bs	IMPORTE Bs
M-04-02	240	COMPRIM	COLCHICINA 0.5 MG COMP							
N-02-08	1000	COMPRIM	PARACETAMOL 500 MG							
N-02-10	80	FRASCO	PARACETAMOL 100 MG/ML GOTAS							
R-03-16	50	FRASCO	SALMETEROL+FLUTICASONA							
R-05-01	6000	OMPRIMID	ANTIGRIPIAL							
S-01-07	30	FRASCO	CORTICOIDE+ANTINFECCIOSO COLIRIO							
S-01-12	6	FRASCO	DORZOLAMIDA 2% SOL OFTALMICA							
V-06-02	40	FRASCO	PROTEINAS POLVO 400 G							
120/025-C	1	SET	CINTAS PRUEBA RÁPIDA DE VIH-SIDA+SOL BUFFER							
100/012-C	200	PIEZA	CEPILLOS O PINCELES P/SELLANTE (PINCELES CON MANCO)							

OBSERVACIONES: La presente cotización debe ser presentada hasta el día 15 de Junio del 2021 en la Caja de Salud de la Banca Privada  
 DIRECCIÓN: Calle Periodista Esq. Padilla Nro 132 - HRS. - 16:00

*Alvaro Morales Cárdenas*  
**CONTADOR**  
 C.S.B.P. REGIONAL POTOSI

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE C.S.B.P.

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

Tiempo de Entrega:

Validez de la oferta:

Potosí de Junio de 2021

SELLO EMPRESA

NOMBRE Y FIRMA