
	<p><b>Pan American Health Organization (PAHO/WHO)</b>  <b>Regional Office of the World Health Organization</b>  <b>Office of Procurement</b>  525 23rd Street N.W.  Washington, DC  20037  202-974-3000</p>		<p><b>ESTIMADO DE PRECIOS</b></p>
			<p>Número: REQ17-00014984  Fecha: 27 Nov 2017</p>

<p><b>Solicitante:</b>  MINISTERIO DE SALUD  ZONA FRANCA  BOGOTA, COLOMBIA</p>
--

#	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	MONEDA	MONTO TOTAL
1	<b>DACLATASVIR 60MG TABLETS, BLISTER 14 X 2</b> <i>ETIQUETAS: INGLES</i> <i>PROVEEDOR/FABRICANTE: BRISTOL-MYERS SQUIBB</i> <i>ORIGIN: USA</i> <i>EXP: ABRIL/2019</i>	180	Box	1,413.22000	USD	254,379.60
2	<b>FREIGHT &amp; INSURANCE CHARGES</b> <i>Flete Aereo: \$801.03</i> <i>Seguro: \$2799.00</i>				USD	3,600.03
3	<b>Service Charge: 4.25%</b> <i>Capital: 3%</i> <i>-Administrative Fees/Gastos Administrativos: 1.25%</i>				USD	10,811.13
4	<b>SOFOSBUVIR 400MG TABLETS, BOTTLE/ 28</b> <i>ETIQUETAS: ENGLISH</i> <i>FABRICANTE/PROVEEDOR: GILEAD</i> <i>ORIGIN: IRLANDA</i> <i>EXP: 30/JUN/2019</i> <i>EL PROVEEDOR PUEDE OFRECER UNA CARTA COMPROMISO DE REEMPLAZO PARA LAS UNIDADES VENCIDAS QUE NO HAYAN SIDO UTILIZADAS.</i>	240	Bottle	1,800.00000	USD	432,000.00
5	<b>FREIGHT &amp; INSURANCE CHARGES</b> <i>Flete Aereo: \$1,620.00</i> <i>Seguro: 1,440.00</i>				USD	3,060.00
6	<b>Service Charge: 4.25%</b> <i>-Capital Fund/Fondo de Capital: 3%</i> <i>-Administrative Fees/Gastos Administrativos: 1.25%</i>				USD	18,360.00

---

TOTAL ESTIMADO: USD 722,210.76

**TERMINOS**

-TOTAL ESTIMADO DAT AEREOPUERTO INTERNACIONAL DE BOGOTA, COLOMBIA

-SU SOLICITUD DE PRECIOS REQ17-00014984 CON FECHA DE 15 NOV 2017

**INSTRUCCIONES ESPECIALES:**

-SI SE CONCRETA LA COMPRA, FAVOR DE INDICAR EL NUMERO DEL ESTIMADO DE PRECIOS REQ17-00014984

**IMPORTANTE:**

ESTA PROFORMA ES SOLO UN ESTIMADO. PRECIOS FIRMES SERAN ESTABLECIDOS DESPUES DE RECIBIR LOS FONDOS EN UNA CUENTA DE OPS Y UNA REQUISICION CON FONDOS. PARA CUALQUIER COMPRA, ES NECESARIO DEPOSITAR POR ADELANTADO FONDOS POR EL VALOR INDICADO. EN CASO DE APROBARSE LA COMPRA APARTE DEL DEPOSITO SE REQUIERE QUE MODIFIQUEN LA PETICIÓN DE REFERENCIA DE UNA REQUISICION SIN FONDOS A UNA CON FONDOS.

EL DEPÓSITO DEBER EFECTUARSE POR CHEQUE O TRANSFERENCIA BANCARIA DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

(I) PAGO CON CHEQUE: EL CHEQUE DEBE SER PAGADERO A LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA EN DÓLARES DE ESTADOS UNIDOS CONTRA UNA SUCURSAL DE CUALQUIER INSTITUCIÓN BANCARIA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, Y ENVIADO A:

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
525 23RD STREET, N.W.  
WASHINGTON, D.C. 20037  
ATENCIÓN: FMR/FA/TSY  
REFERENCIA: REQ17-00014984

(II) PAGO CON TRANSFERENCIA BANCARIA: LAS TRANSFERENCIAS BANCARIAS SE DEBEN HACER AL CITIBANK A LA CUENTA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, NÚMERO DE CUENTA 3615-9769, REFERENCIA REQ17-00014984 A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

CITIBANK  
111 WALL STREET  
NEW YORK, NY 10043  
FAVOR OF: PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
SWIFT#: CITIUS33  
ABA#: 021000089

OFERTA VALIDA POR 60 DIAS.

FAVOR TOMAR EN CUENTA LAS FECHAS DE EXPIRACION DE LOS PRODUCTOS QUE TIENEN DISPONIBLES LOS PROVEEDORES. LA OPS, CONFIRMARA CON LOS PROVEEDORES POR UNA MEJOR FECHA UTIL ANTES DE COLOCAR LAS ORDENES DE COMPRAS.

marcos chaparro  
Oficial de Compras