**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **PARTE VI****FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES  |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTEIDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

 Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

**AGENCIA REGIONAL ORURO**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco OR- -0 -2022**

 **Adquisición de XXXXXXX**

A nombre de ***(Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Imitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a inhabilitar la presente propuesta y ejecutar la Garantía de Seriedad de Propuesta.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

**III.- De la Presentación de Documentos.**

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

 \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución Social de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), registrada en SEPREC (FUNDEMPRESA).

b) Testimonio de Poder registrado en SEPREC (FUNDEMPRESA), que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matrícula de Inscripción en SEPREC (FUNDEMPRESA), vigente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

 \*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio de Poder Registrado en SEPREC (FUNDEMPRESA), que faculte al representante legal a presentar propuestas y suscribir contratos, cuando el representante legal sea diferente al propietario.

b) Matrícula de Inscripción en SEPREC (FUNDEMPRESA), vigente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

d) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra propuesta por un periodo de ……… ***(indicar número de días que debe ser igual o superior a sesenta (60) días calendario)*** a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Documento que lo acredita como representante legal\_\_\_\_(*colocar número de testimonio, lugar y fecha)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

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

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_(colocar número, lugar y fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
2. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre del representante legal de la asociación accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Documento que lo acredita como representante legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA TÉCNICA**

##

* + - 1. **Requerimientos Fundamentales o Habilitantes:** La CSBP agencia Oruro, requiere garantizar para sus asegurados un establecimiento de salud privado que cumpla con los siguientes requisitos de carácter indispensables:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NRO. | ITEM | REQUISITOS INDISPENSABLES | SI CUMPLE / NO CUMPLE |
| 1 | ***SALAS DE INTERNACIÓN*** | Habitaciones individuales para paciente adulto y paciente pediátrico Incluye su personal médico de guardia y de enfermería las 24 horas. |  |
| Hotelería y alimentación en piso |
| Cama Ortopédica, con barandas de seguridad, con colchón, frazadas y sábanas en buen estado, con mesa de noche y mesa para alimentación |
| Gradilla |
| Intercomunicador o timbre de llamado a enfermería en cabecera de cada cama |
| Televisor fijo a color con buena recepción de los canales locales, TV cable y control remoto |
| Baño privado con agua corriente e insumos (papel higiénico, jaboncillo) |
| 2 | ***CENTRAL DE ENFERMERÍA*** | Equipamiento y mobiliario para enfermería |  |
| Equipo de Computación más impresora y conexión a Internet 20 Mbs |
| Área de Botiquín de Medicamentos para la CSBP |
| 3 | ***SALAS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA*** | Para niños y adultos, mínimo 2 plazas. Incluye todo el equipamiento médico necesario para la atención, con enfermería y Especialista Medico Terapista.  |  |
| Equipos médicos, mínimo: Lámpara, equipo de anestesia, Carro de paro, Bomba de Infusión, Sistema de Aspiración, AMBU. |
| Enfermera especializada en UTI - UCI 24 hrs. |
| Ropa de cama e Insumos Médicos la suficiente para la atención. |
| Área de Equipo de Computación más impresora y conexión a Internet 20 Mbs |
| 4 | ***SALAS DE TERAPIA INTERMEDIA*** | Para niños y adultos, mínimo 2 plazas. Incluye todo el equipamiento médico necesario para la atención, con enfermería y Especialista Medico Terapista. |  |
| Equipos médicos: mínimo Lámpara, equipo de anestesia, Carro de paro, Bomba de Infusión, Sistema de Aspiración, AMBU |
| Enfermera especializada en UTI - UCI 24 hrs. |
| Ropa de cama e Insumos Médicos la suficiente para la atención |
| Área de Equipo de Computación más impresora y conexión a Internet 20 Mbs |
| 5 | ***SERVICIO DE NEONATOLOGÍA*** | Para neonatos, mínimo 2 plazas. Incluye todo el equipamiento médico necesario para la atención y Especialista Medico. |  |
| Equipada según normativa con capacidad mínima para 2 pacientes simultáneos. |
| Incluye Enfermera 24 horas |
| 6 | ***UNIDAD DE TERAPIA NEONATAL*** | Equipada según normativa con capacidad mínima para 2 pacientes simultáneos. Mínimo 2 unidades de Incubadoras, Servocunas, CPAP, Blender, Bilirrubimetro, ventiladores, Equipo de Fototerapia, Monitor cardiaco, cajas de instrumental médico menor. |  |
| Enfermera especializada en UTIN 24 hrs. |
| Área de Equipo de Computación más impresora y conexión a Internet 20 Mbs. |
| 7 | ***CONSULTORIO EXTERNO Y EMERGENCIAS COVID-19*** | Exclusiva de la CSBP las 24 horas. |  |
| Equipo de RCP, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador y oxímetro, AMBU, laringoscopio, cánulas de mayo y laringoscopio para niños, adultos y neonatal, Fonendoscopio, tensiómetro y carro de curaciones con insumos necesarios para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos. |
| Nebulizador para uso de pacientes ambulatorios (1 pieza) con oxígeno central o individual. |
| Humidificadores de oxígeno con mascarillas, bigotera nasal para niños y adultos en cantidades suficientes |
| Calefacción central o portátil, camilla de transporte, silla de ruedas |
| Trípodes para suero, gradillas, ropa de atención para pacientes, y otro mobiliario para atención. |
| Computadora e Impresora con conexión a Internet con 20 Megas de velocidad |
| 8 | ***OXIGENO MEDICINAL*** | Provisión de Oxigeno las 24 horas, verificable con contratos suscritos. |  |
| 9 | ***SALA DE PARTOS*** | Con todo el equipamiento necesario adecuada para la Madre y del Recién Nacido |  |
| Instrumental para partos y procedimientos de LUI y AMEU (Paquetes completos) |
| Ropa para médicos y pacientes en cantidad suficiente. |
| 10 | ***QUIRÓFANOS*** | Equipos médicos: mínimo Lámpara Cialitica, Mesa Quirúrgica, Equipo de anestesia, Carro de paro, Bomba de Infusión, Electrobisturí, Sistema de Aspiración, AMBU |  |
| Instrumental médico quirúrgico (paquetes completos para cirugías mediana y mayor para todas las especialidades. |
| Ropa quirúrgica según normas de bioseguridad en cantidad suficiente. |
| Personal para asistencia en la Cirugía (Instrumentador, Circulante). |
| Área de lavado manos según normas de bioseguridad. |
|  |  | Área de lavado de Material Quirúrgico según normas de bioseguridad. |  |
| Una Servocuna para recién nacido dentro quirófano. |
| Área de Equipo de Computación más impresora y conexión a Internet 20 Mbs. |
| Área de Botiquín de Medicamentos para la CSBP. |
| Área de descanso: con vestuarios médicos con casilleros mínimo 2 de uso exclusivo para la CSBP (en área quirófano) con baño |
| 11 | ***SERVICIO DE FARMACIA*** | Cuando la CSBP requiera de algún medicamento e insumo médico que no lo tenga en stock, acudirá al Centro Hospitalario para utilizar estos productos de su farmacia, los cuales serán cancelados mensualmente por la CSBP por separado. Esta cancelación deberá estar respaldada con la emisión de la factura fiscal correspondiente y estará sujeta a la autorización por parte de la CSBP. |  |
| El proponente debe ofertar la mayor variedad de medicamentos e insumos hospitalarios, presentando un listado de los mismos con precios por unidad y destallar el porcentaje (%) de incremento al costo de adquisición, que la CSBP verificar al momento de la cancelación. |
| 12 | ***SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO*** | Arco en C |  |
| Servicio de Rayos X |
| Servicio de Laboratorio |
| Servicio de Ecografía |
| Servicio de Ambulancia |
| Servicio de Espirometría |
| Servicio de Electrocardiograma |
| Servicio de Electroencefalograma |
| Servicio de Tomografía |
| Servicio de Laboratorio |
| Colocación de Sueros e Inyectables las 24 horas |
| Profesionales médicos, Lic. enfermeras, Aux. de enfermería, Laboratoristas, Farmacéuticas, Imagenologos, Informática y de logística o apoyo manual. |
| 13 | ***MANEJO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS*** | Sobre el uso de medicamentos e insumos médicos, la CSBP (bajo el sistema de reposición semanal) tendrá instalado en ambientes del Centro Hospitalario contratado tres o más botiquines con un stock de medicamentos e insumos médicos para la atención de sus asegurados en emergencias, quirófano, área de Internación y Neonatología mínimamente, los cuales deben de ser Dispensados y/o administrados por el personal del centro hospitalario de cada área. |  |
| El centro contratado debe comprometerse a realizar el registro o transcripción en el Software Medico de propiedad de la CSBP de todas las atenciones médicas, procedimientos, generación de recetas, resultados de laboratorio, generados en las visitas médicas y/o dispensación de medicamentos y el adecuado Manejo del Expediente Clínico en todo su personal. ***El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |
| 14 | ***SERVICIOS CONEXOS*** | Sistema de calefacción en áreas de sala de espera |  |
| Sistema de comunicación telefónica interna y externa |
| Sistema de ventilación  |
| Grupo electrógeno o generador de energía eléctrica |
| Sistema anti-incendios y Extinguidores |
| Servicio de seguridad privada |
| Servicio de limpieza |
| Sistema de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias (Comité IASS) |
| Central de informaciones – plataformaComputadora e Impresora con conexión a Internet con 20 Megas de velocidadManejo del Sofware Medico de la CSBP |
| Ascensor o rampla para pacientes en camilla o silla de ruedas |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | MONTO TOTAL OFERTADO EN Bs |
| 1 | ***Salas de Internación*** con habitaciones individuales | DIA |  |
| 2 | ***Salas de Unidades de Terapia Intensiva*** Incluye todo el equipamiento médico necesario para la atención, con enfermería y Especialista Medico Terapista.  | DIA |  |
| 3 | ***Salas de Terapia Intermedia*** Incluye todo el equipamiento médico necesario para la atención, con enfermería y Especialista Medico Terapista | DIA |  |
| 4 | ***Servicio de Neonatología*** Equipada según normativa con capacidad mínima para 2 pacientes simultáneosIncluye Enfermera 24 horas | DIA |  |
| 5 | ***Unidad de Terapia Neonatal***Incluye Enfermera especializada en UTIN (24 hrs). | DIA |  |
| 6 | ***Consultorio Externo y Emergencias Covid-19*** exclusiva de la CSBP las 24 horas.  | EVENTO |  |
| 7 | Provisión de Oxigeno las 24 horas | HORA |  |
| 8 | Sala de partos | EVENTO |  |
| 9 | Quirófanos Cirugía Mayor | EVENTO |  |
| 10 | Quirófanos Cirugía Mediana | EVENTO |  |
| 11 | Arco en C | EVENTO |  |
| 12 | Servicio de Rayos X | EVENTO |  |
| 13 | Servicio de Laboratorio | EVENTO |  |
| 14 | Servicio de Ecografía | EVENTO |  |
| 15 | Servicio de Ambulancia | EVENTO |  |
| 16 | Servicio de Espirometría | EVENTO |  |
| 17 | Servicio de Electrocardiograma | EVENTO |  |
| 18 | Servicio de Electroencefalograma | EVENTO |  |
| 19 | Colocación de Sueros e Inyectables las 24 horas | EVENTO |  |
| 20 | Servicio de Tomografía | EVENTO |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

El Plazo de entrega referencial de los productos adjudicados y de acuerdo a cronograma es hasta **40 días calendario**.

**Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 decimales, esto para ev**