**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-005-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Agosto 2022** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIOS DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA POR MONTO FIJO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **FORMACION ACADÉMICA Y DOCUMENTOS PROFESIONALES**  | El proponente deberá contar mínimamente con:* Autorización de funcionamiento o certificado de trámite en proceso del SEDES Oruro
* Número de Identificación Tributaria del Establecimiento
* Título en Provisión Nacional de los profesionales que brindaran el servicio
* Matricula Profesional de los profesionales que brindaran el servicio

***Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple.*** |  |  |  |
| **HORARIOS DE ATENCION** | El proponente debe de atender a los asegurados de la CSBP: De lunes a viernes por un lapso mínimo de 8 horas, los días sábado la atención mínima debe de ser de 4 horas.Las mismas podrán realizarse en el gabinete del proponente, en atención intrahospitalaria y/o domiciliaria a requerimiento de la CSBP, y brindar atención los domingos y feriados en casos de emergencias a requerimiento de la CSBP. A fin de lograr mayor cobertura de atención a nuestra población asegurada, el Centro deberá atender como mínimo con el siguiente rol de turnos el proponente debe de adjuntar el horario de trabajo en los siguientes turnos.* Turno Mañana
* Turno Tarde
* Turno Noche

***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **EQUIPAMENTO DE LA ESPECIALIDAD** | El proponente debe contar mínimamente con:* Equipos de electroterapia, estimulación eléctrica, ultrasonido, Tens, Electromiografía de superficie.
* Camillas de masaje. Mínimo 4 para la CSBP
* Equipos para rehabilitación activa. Poleas, Pista de marcha, Bicicletas estáticas.
* Equipamiento para hidroterapia **(no excluyente).**
* Equipos de rehabilitación.
* Equipamiento para termoterapia. Crioterapia, Almohadillas de frío, Compresas calientes.
* Equipos para terapia láser.
* Equipo de Magnetoterapia.
* Equipo para terapia de discopatías.

***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento y enviar un listado de todos los equipos solicitados con los que cuenta, más otros que el servicio considere y proponga para una atención de calidad.*** |  |  |  |
| **INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO** | El proponente debe contar mínimamente con:* Ambiente equipado con camilla respectiva separados por cortinas o biombos
* Sala de espera
* Baños higiénicos diferenciados (Pacientes hombres – mujeres)
* Vestuarios diferenciados (Pacientes hombres – mujeres)
* Área de administración (Admisión)
* Los equipos y mobiliario deben estar ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente para permitir una adecuada movilización del paciente cumpliendo el artículo N°13 “Derechos de los Pacientes” Ley 3131 respetando su intimidad.

***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento*** |  |  |  |
| **EQUIPAMENTO INFORMATICO** | El proponente deberá contar con un Equipo de Computación* Procesador Core i5 o superior
* 4 GB en RAM como mínimo
* Espacio en disco duro de 500 GB
* Windows 10 o superior
* Impresora
* Conexión a Internet mínimo 10 Mb.
* Antivirus Actualizado

***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **REGISTRO DE ATENCIONES EN SISTEMA DE LA CSBP** | El Proponente contratado debe comprometerse a realizar el registro de todas las atenciones que realice en Consulta externa o en Hospitalización, Historias Clínicas y en el Software Medico de propiedad de la CSBP.***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **PROCEDIMIENTOS DE ATENCION** | La CSBP emitirá las ordenes o interconsultas debidamente autorizadas por Jefatura Medica y/o Jefatura de Enfermería y dotará de Formularios pre-impresos / Tarjetas de control, para fines de control y seguimiento de pacientes que requieran el servicio contratado.***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **TIEMPO E INCIO DE ATENCIONES** | El tiempo máximo de espera, para inicio de tratamiento previa programación, no debe pasar los 5 días hábiles en caso de patologías crónicas y 24 horas en caso de patologías agudas para pacientes de la CSBP.***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** | El proponente debe:* Entregar informes de resultado de las sesiones de Fisioterapia y kinesiologia realizados deben ser entregados en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier) en un plazo máximo de 24 horas posteriores a los ciclos correspondientes.
* Entregar los informes mensuales para el cobro respectivo, deberán ser entregados adjunto a la factura o nota fiscal en la fecha de corte que será notificada por la CSBP.

***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **UBICACIÓN DEL SERVICIO** | El proponente debe especificar claramente la dirección del Gabinete* Contar con Señalética Interna y externa
* Teléfono exponer números

***El proponente mediante nota debe manifestar los datos requeridos sobre este punto.*** |  |  |  |
| **CONTINUIDAD DEL SERVICIO** | La CSBP podrá:En caso de incumplimiento del servicio ofertados y adjudicados, ya sea por razones justificadas o que no estén bajo control del centro especializado, la CSBP previa comunicación al centro, podrá llevar a sus asegurados a otro centro de similar categoría, pagar las atenciones y servicios y deducir el costo de dicha atención del pago mensual al centro, adjuntando fotocopia de la factura y nota del jefe Médico de la CSBP de los motivos que obligaron para solicitar la atención en otro centro.***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **MULTAS Y SANCIONES** | En caso de incumplimiento del servicio por parte del proponente la CSBP, podrá penalizar al proponente con el descuento sobre el monto a cancelar en el mes que aconteciera la falta de forma escalonada del 1% primera vez, 3% segunda vez, 7% tercera vez y 10% una cuarta vez en caso de existir una 5ta vez, la CSBP podrá resolver unilateralmente la relación contractual.***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **viernes 12 de agosto a horas 10:00** vía correo electrónico a la dirección: darling.herbas@csbp.com.bo.

En caso de presentar su propuesta en forma física, puede entregarla en la siguiente dirección: Calle Adolfo Mier esq. Camacho Nro. 1027 Plataforma, en sobre cerrado, debidamente rotulado especificando la referencia de la siguiente manera: “OR-CP-005-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA POR MONTO FIJO”, como plazo máximo hasta el día **viernes 12 de agosto a horas 10:00.**

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

ELABORADO POR CSBP

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Validez de la oferta: |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **Oruro** |   | de |  | de **2022** |

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

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

 SELLO EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA ADQUISICION SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA POR MONTO FIJO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Agosto** | **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **ITEM** | **DETALLE**  | **MONTO FIJO MES POR ITEM****EN Bs.** |
| **1** | **SERVICIOS DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN**Cubrirá a los pacientes en: * Centro Contratado
* Atención Hospitalaria
* Atención Domiciliara
* Atención COVID-19 (Hospitalaria/Domiciliaria)
 |  |
| **2** | **SERVICIOS DE KINESIOLOGÍA** Cubrirá a los pacientes en: * Centro Contratado
* Atención Hospitalaria
* Atención Domiciliara
* Atención COVID-19 (Hospitalaria/Domiciliaria)
 |  |
|  | **TOTAL MONTO FIJO (MENSUAL) BS.-****(ITEM 1 Y 2)** |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |