**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-006-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Agosto 2022** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIOS DE HEMODIALISIS POR EVENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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
* Título en Provisión Nacional de los profesionales que brindaran el servicio (Medico Nefrólogo, Licenciadas y Auxiliares de enfermería).
* Matricula Profesional de los profesionales que brindaran el servicio (Medico Nefrólogo, Licenciadas y Auxiliares de enfermería).
* Certificado de Especialista (Medico Nefrólogo)
* Carnet del Colegio Médico Respectivo Medico Nefrólogo, Licenciadas y Auxiliares de enfermería).

***Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple.*** |  |  |  |
| **CUMPLIMIENTO A NORMAS DE BIOSEGURIDAD** | El proponente debe manifestar su compromiso de funcionar considerando las normas establecidas de Bioseguridad***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **CUMPLIMIENTO A NORMAS DE HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL** | El proponente debe su compromiso a funcionar considerando las normas establecidas para HEMODIALISIS y DIALISIS PERITONEAL según el Ministerio de Salud ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **DETALLE DE SERVICIOS A REALIZAR**  | El proponente debe manifestar su conformidad comprometiéndose a realizar:* HEMODIALISIS BLANCA (Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos)
* HEMODIALISIS AMARILLA (HEPATITIS B - HEPATITIS C – HEPATITIS BC) (Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos)
* HEMODIALISIS ROJA (VIH) (Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos)
* DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos)

***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **HORARIOS DE ATENCION**  | De lunes a viernes de 08:30 a 20:00 horas mínimo) incluyendo sábados de 08:30 a 12:00 ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **ATENCIONES DE EMERGENCIA** | El proponente debe prestar los servicios que se requieran de EMERGENCIA sean estos en días feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos, etc.***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **ONTINUIDAD DEL SERVICIO** | El proponente debe comprometerse a que si por algún motivo (Desperfectos en máquinas u otro) no pueda prestar el servicio requerido, contratará por cuenta propia los servicios de otra empresa que preste el mismo servicio, garantizando de esta forma la continuidad del servicio.***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.*** |  |  |  |
| **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** | El proponente contratado debe entregar en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier), Los informes de resultado de las sesiones de HEMODIALISIS y/o DIALISIS PERITONEAL CONTINÚA realizados en un plazo máximo de 24 horas posteriores a los ciclos correspondientes en un plazo máximo de 24 horas posteriores a los ciclos correspondientes.***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **FACTURACION** | Los Informes mensuales para el cobro respectivo, deberán ser entregados acompañados de la factura o nota fiscal en la fecha de corte que será notificada por la CSBP. |  |  |  |
| **EQUIPOS DESTINADOS A LA PRESTACION DEL SERVICIO** | El proponente debe poseer Equipos destinados a la prestación de SERVICIOS DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA Y HEMODIALISIS detallando: Tipo de equipo – Origen – Marca – Modelo.El proponente debe de poseer mínimamente los siguientes equipos:* Máquinas de mezcla proporcionada de ácido y bicarbonato
* Monitor de presión de la solución de diálisis
* Monitores de hemofiltración y ultrafiltración controlada
* Monitor de conductividad
* Monitor de temperatura
* Detector de Burbujas
* Monitor de presión de las líneas arteriales y venosas
* Alarmas con suspensión de funcionamiento
* Monitor de niveles y concentrados: base, bicarbonato de sodio requerido en la sesión.
* Desinfección y desincrustación de las maquinas con sistema de: calor, químico y presión.
* Sillones de hemodiálisis o cama hospitalaria
* Filtros, líneas, agujas, medicamentos y otros.

 ***El proponente mediante nota debe presentar lista de equipos destinados a la prestación del servicio manifestando su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **EQUIPAMENTO DE APOYO** | El proponente debe poseer mínimamente el siguiente equipamiento de apoyo:* *Electrocardiógrafo*
* *Monitor de signos vitales*
* *Camilla de traslado de pacientes*
* *Silla de ruedas*
* *Equipo de reanimación:*
* *Asistencia ventilatoria manual con Ambu,*
* *Laringoscopio + tubos endotraqueales para intubación*
* *Oximetría de pulso*
* *Oxígeno y su medio de administración*
* *Aspirador Portátil*
* *Material descartable jeringas, gasas, guantes etc.*
* *Glucómetro*

***El proponente mediante nota debe presentar lista de equipamiento de apoyo para la prestación del servicio manifestando su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **TRATAMIENTO DE AGUA** | * El proponente deberá garantizar un sistema de tratamiento del agua que permita la obtención de agua tratada para diálisis, con las características mínimas de calidad establecidas
* También El proponente debe contar con reserva de agua potable en cantidad suficiente para por lo menos dos días de funcionamiento de la unidad/servicio.

***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **MANTENIMIENTO DE EQUIPOS** | El centro debe de comprometerse a realizar los mantenimientos respectivos a todo su equipo***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **UBICACIÓN DEL SERVICIO** | El proponente debe especificar claramente la dirección del centro médico * Contar con acceso para Discapacitados
* Contar con Señalética Interna y externa
* Teléfono exponer números

***El proponente mediante nota debe manifestar los datos requeridos sobre este punto.*** |  |  |  |
| **INFRAESTRUCTURA AMBIENTES** | El proponente mínimamente debe poseer:* Sillón de Hemodiálisis o camilla hospitalaria y equipos destinados para hemodiálisis Blanca
* Sillón de Hemodiálisis o camilla hospitalaria y equipos destinados para hemodiálisis AMARILLA – ROJA

**Área de Apoyo Técnico (especificar ambientes recepción, sala de espera, baño, etc.)*** Sala de espera
* Baños higiénicos diferenciados (Pacientes hombres - Mujeres y para el personal)
* Vestuarios diferenciados (Pacientes y para el personal)
* Puesto de enfermería
* Área de administración (Admisión)
* Depósito de concentrados
* Área de procesamiento de filtros (con área limpia y sucia)
* Sala para tratamiento de agua
* Aire acondicionado y calefacción

***El proponente mediante nota debe presentar lista de equipamiento de apoyo para la prestación del servicio manifestando su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **PROCEDIMIENTO DE ATENCION** | * El paciente acudirá al Centro contratado portando la orden de servicio firmada y sellada por el jefe Médico, quedando bajo la responsabilidad del Centro mientras dura su atención y procedimiento.
* En caso que el paciente presentará alguna complicación durante el procedimiento que requiera de Hospitalización, deberá informar esta situación a Jefatura Medica de la CSBP con la finalidad de coordinar el traslado del paciente a la Clínica de contrato de la CSBP

***El proponente mediante nota debe manifestar su conformidad sobre este punto.*** |  |  |  |
| **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 conformidad sobre este punto.*** |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **viernes 12 de agosto a horas 16:00** 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-006-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIOS DE HEMODIALISIS POR EVENTO”, como plazo máximo hasta el día **viernes 12 de agosto a horas 16:00.**

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

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 SERVICIOS DE HEMODIALISIS POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Agosto** | **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **ITEM** | **DETALLE**  | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| **SERVICIO DE HEMODIALISIS POR EVENTO** |
| 1 | HEMODIALISIS BLANCA (Incluye Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos) | 1 |  |  |
| 2 | HEMODIALISIS AMARILLA (HEPATITIS B- HEPATITIS C – HEPATITIS BC) (Incluye Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos) | 1 |  |  |
| 3 | HEMODIALISIS ROJAS (VIH)(Incluye Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos) | 1 |  |  |
| 4 | DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (Incluye Paquete del procedimiento con medicamentos e insumos) | 1 |  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |