**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](mailto: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** |  |