**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **OR-CP-007-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Agosto 2022** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIOS DE MEDICO DEL POR EVENTO**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en las columnas de cada ítem, así como seleccionar la opción “Cumple” o “No Cumple”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DOCUMENTACION LEGAL ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTOS PROFESIONALES** | El proponente deberá contar mínimamente con:   * Resolución de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES * Título de especialidad de oftalmología del o los profesionales que brindaran el servicio. * Título en Provisión Nacional * Número de Identificación Tributaria (NIT) del proponente.   Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple. |  |  |  |
| **SERVICIOS DE SEDACION** | El Proponente en el caso de atención a niños, según corresponda deberá incluir en su oferta el servicio de sedación y/o anestesia |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **EQUIPAMENTO DEL PROPONENTE** | El Proponente debe contar con el equipamiento e instrumental médico necesario para cumplir con los Items ofertados y las condiciones de bioseguridad que garanticen las intervenciones quirúrgicas |  |  |  |
| **MOBILIARIO DEL PROPONENTE** | Los equipos del proponente deben estar ubicados en ambientes apropiados con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente y el médico |  |  |  |
| **EQUIPAMIENTO INFORMATICO** | El proponente deberá contar con equipo de computación e impresora, con las siguientes características, a fin de instalar el software médico de la CSBP:   * Procesador core i5 ó superior * Memoria ram de 4 gb * Disco duro de 500 gb ó superior * Windows 10 ó superior * internet de 20 mbps ó superior * antivirus actualizado |  |  |  |
| **MANEJO DE SOFTWARE MEDICO** | El proponente contratado debe comprometerse a realizar el registro de todas las atenciones que realice en Consulta externa en el Software Medico de propiedad de la CSBP.  ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **HORARIOS DE ATENCION** | El proponente debe especificar los horarios de atención de lunes a viernes.  Así mismo en caso de emergencias ha llamado, sean fines de semana o feriados, el profesional o centro debe comprometerse a realizar estas atenciones.  ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **MULTAS Y SANCIONES** | En caso de incumplimiento por parte del proponente por alguna de las siguientes causales 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.   * Evidenciar que el establecimiento se encuentre cerrado los días y en los horarios de atención ofertados sin la coordinación previa y sin plena justificación. * Evidenciar mal trato a los asegurados por parte del personal del proponente del servicio * Demora el registro de las atenciones en el software medico |  |  |  |
| **SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO** | En caso de que el proponente requiera suspender en forma temporal el servicio por causas justificadas (mantenimiento de equipos u otros similares), deberá comunicar esta situación a la CSBP con una antelación mínima de 7 días hábiles, siendo responsabilidad del proponente contratado el de contratar por cuenta propia otro profesional o centro de similares características para dar continuidad a las atenciones y estudios que sean requeridos, sin que esto genere costo adicional a la CSBP.  ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **PAGO POR SERVICIOS PRESTADOS** | para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el Proponente debe presentar la factura en forma mensual, acompañado las papeletas de interconsulta, del informe de las atenciones brindadas, identificando:   * fecha de atención * nombre del asegurado * matricula del asegurado * procedimiento otorgado * costo del servicio |  |  |  |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS** | Todas Las Cirugías y Procedimientos: deben incluir insumos médicos, valoración pre quirúrgica de riesgo cardiovascular, tratamiento post operado (medicinas) y los primeros 4 controles oftalmológicos post operatorios. |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **miércoles 10 de agosto a horas 17:00** 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-007-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA POR EVENTO”, como plazo máximo hasta el día **miércoles 10 de agosto a horas 17:00**

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

ELABORADO POR CSBP

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

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

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

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

SELLO EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Agosto** | **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | |
| **Nº** | **DETALLE DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA** | | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1. | CONSULTA EXTERNA, QUE COMPRENDE:   * ESTUDIO DE FONDO DE OJO (SEGÚN CORRESPONDA) * MEDICION DE LENTES (SEGÚN CORRESPONDA) * RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO (SEGÚN CORRESPONDA) * DRENAJE SIMPLE DE CHALAZIUM U ORZUELO (SEGÚN CORRESPONDA) * INYECCIÓN SUBCUTANEA O INTRAMUSCULAR DE MEDICAMENTOS (SEGÚN CORRESPONDA) | | 1 |  |  |
| 2. | CONSULTA EMERGENCIA EN CONSULTORIO O CENTRO HOSPITALARIO | | 1 |  |  |
| 3. | INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL, PARA OCULAR, PERIOCULAR, INFILTRACIÓN BAJO ANESTESIA | | 1 |  |  |
| 4. | INYECCIÓN DE TOXINA BOTULINICA SUBCUTANEA O MÚSCULAR OCULAR | | 1 |  |  |
| 5. | EXAMEN BAJO ANESTESIA GENERAL "EBA “ | | 1 |  |  |
| 6. | CIERRE DE HERIDA CORNEAL O COCNEAESCL ENT Y CONJUNTIVAL POR TRAUMA OCULAR (ZONA 1 O 2) | | 1 |  |  |
| 7. | SUTURA DE HERIDA CONJUNTIVAL | | 1 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. | SUTURA DE HERIDA CONJUNTIVAL | | 1 |  |  |
| 9. | ESCISIÓN DE PTERIGIÓN DOBLE + CONJUNTIVOPLASTIA CON AUTOINJERTO | | 1 |  |  |
| 10. | CONJUNTIVOPLASTIA + MEMBRANA AMNIÓTICA PARA SIMBLÉFARON | | 1 |  |  |
| 11. | REFORMACIÓN DE FONDOS DE SACO + MEMBRANA AMNIÓTICA | | 1 |  |  |
| 12. | CIERRE SIMPLE | | 1 |  |  |
| 13. | BIOPSIA INSCISIONAL O ESCISIONAL DE TUMOR CONJUNTIVAL + CONJUNTIVOPLASTIA + MEMBRANA AMNIÓTICA + CRIOAPLICACIÓN | | 1 |  |  |
| 14. | FOTOCOAGULACIÓN DE LESIONES PREDISPONENTES | | 1 |  |  |
| 15. | NEUMORETINOPEXIA + CRIOTERAPÍA + GAS | | 1 |  |  |
| 16. | RETINOPEXIA CON CERCLAJE 360 + CRIOTERAPÍA + GAS | | 1 |  |  |
| 17. | CIERRE DE HERIDA ESCLERAL POR TRAUMA OCULAR ABIERTO (ZONA 3) | | 1 |  |  |
| 18. | VITRECTOMÍA PARS PLANA + ACEITE DE SILICON | | 1 |  |  |
| 19. | VITRECTOMÍA PARS PLANA + EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR + GAS | | 1 |  |  |
| 20. | RETIRO DE ACEITE DE SILICON | | 1 |  |  |
| 21. | RETINOPEXIA CON CERCLAJE 360 + VITRECTOMÍA PARS PLANA + GAS | | 1 |  |  |
| 22. | RETINOPEXIA CON CERCIAJE 360 + VÍTRECTOMÍA PARS PÍANA + ACEITE DE SILICON | | 1 |  |  |
| 23. | FACOEMULSIFICACIÓN + LIO + VITRECTOMÍA PARS PLANA + AIRE | | 1 |  |  |
| 24. | FACOEMULSIFICACIÓN + LIO + VITRECTOMÍA PARS PLANA + GAS | | 1 |  |  |
| 25. | FACOEMULSIFICACIÓN + LIO + VITRECTOMÍA PARS PLANA + ACEITE DE SILICON+ IMPLANTE VALVULAR | | 1 |  |  |
| 26. | SMALL LNCITION CATARACT SURGERY "SICS" + LIO | | 1 |  |  |
| 27. | FACOEMULSIFICACION DE CATARATA + LIO | | 1 |  |  |
| 28. | IMPLANTE SECUNDARIO DE LIO EN CAMARA ANTERIOR EN AFAQUIA | | 1 |  |  |
| 29. | CICLODIATERMIA, CÌCLOCRIOCOAGULACIÓN | | 1 |  |  |
| 30. | CIRUGIA FILTRANTE (TRABECULECTOMÍA) | | 1 |  |  |
| 31. | IMPLANTE DE DISPOSITIVO VALVULAR | | 1 |  |  |
| 32. | TRABECUFOTOMÍA TRANSLUMINAL ASISTIDA POR GONIOSCOPIA "GAAT" | | 1 |  |  |
| 33. | LASER TERMOCYCLO | | 1 |  |  |
| 34. | LASER SUBCYCLO | | 1 |  |  |
| 35. | SMALL INCITION CATARACT SURGERY "SICS" + LIO + TRABECULECTOMIA | | 1 |  |  |
| 36. | FACOEMULSIFICACIÓN + LIO + TRABECULECTOMÍA | | 1 |  |  |
| 37. | FACOEMULSIFICACIÓN + LIO + IMPLANTE DE DISPOSITIVO VALVULAR | | 1 |  |  |
| 38. | FACOEMULSIFICACIÓN + LIO + GAAT | | 1 |  |  |
| 39. | IRIDECTOM | | 1 |  |  |
| 40. | REPARACIÓN DE FRACTURA ORBITARIA CON INJERTO Y/O IMPLANTE VIA TRANSCONJUNTIVAL | | 1 |  |  |
| 41. | EXANTERACIÓN ORBITARIA | | 1 |  |  |
| 42. | ENUCLEACIÓN + IMPLANTE ORBITARIO | | 1 |  |  |
| 43. | EVISCERACIÓN + IMPLANTE ORBITARIO | | 1 |  |  |
| 44. | RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL POR TRAUMA: | | 1 |  |  |
| 45. | HERIDAS PEQUEÑAS + REPARACIÓN SIMPLE | | 1 |  |  |
| 46. | HERIDAS MEDIANAS + RECONSTRUCCIÓN MEDIANA (TENZEL) | | 1 |  |  |
| 47. | HERIDAS GRANDES + RECONSTRUCCIÓN GRANDES (HUGUES - CUTLER BEARD) | | 1 |  |  |
| 48. | DACRIOCISTORRINOSTOMIA + IMPLANTE DE TUBO DE SILICON | | 1 |  |  |
| 49. | REPARACIÓN Y SÍNTESIS DE VÍA LAGRIMAL | | 1 |  |  |
| 50. | SONDAJE + EXPLORACIÓN DE VÍA LAGRIMAL+DRENAJE | | 1 |  |  |
| 51. | SONDAJE + EXPLORACIÓN DE VÍA LAGRIMAL EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL | | 1 |  |  |
| 52. | TRATAMIENTO DE REHABILITACION PARA ESTRABISMO | | 1 |  |  |
| 53. | TRATAMIENTO DE REHABILITACION PARA MIOPIA | | 1 |  |  |
| 54. | TRATAMIENTO DE REHABILITACION PARA AMBLIOPIA | | 1 |  |  |
| 55. | TRATAMIENTO DE REHABILITACION PARA LA INSUFICIENCIA EN LA CONVERGENCIA | | 1 |  |  |
| 56 | SEDACION | | 1 |  |  |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |