**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-008-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Agosto 2022** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIOS DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR 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:* Autorización de funcionamiento o certificado de trámite en proceso del SEDES
* Título de especialidad de los profesionales que brindaran el servicio (Medico Imagenologo).
* Título en Provisión Nacional (Medico Imagenologo)
* Matricula Profesional de los especialistas que brindaran el servicio (Medico Imagenologo).
* Certificado de Especialista (Medico Imagenologo)

Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple. |  |  |  |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **EQUIPAMENTO DEL PROPONENTE** | El proponente debe contar con un equipo de Resonancia Magnética Nuclear de última generación, para la realización de estudios simples y contrastados de diversas partes del cuerpo; descripción del tipo de corte, dimensión de tiempo de vuelo y contraste de fases; descripción de estudios dinámicos que realiza. |  |  |  |
| **HORARIOS DE ATENCION**  | El proponente debe especificar los horarios de atención de lunes a viernes y los días sábados hasta el medio día.Así mismo en caso de emergencias ha llamado, sean fines de semana o feriados, el proponente debe comprometerse a realizar estas atenciones ***Sin costo Adicional***. ***El Proponente debe indicar los horarios de atención y manifestar su compromiso a este requerimiento*** |  |  |  |
| **AMBIENTES PARA LA ATENCION DEL SERVICIO** | el proponente debe contar con ambientes acordes para la realización del estudio, con iluminación natural y/o artificial suficientes.Los equipos del proponente deben estar ubicados en ambientes apropiados con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente y el médico |  |  |  |
| **BIOSEGURIDAD Y DOTACION DE EPP´s** | El centro debe contar con todas las medidas de Bioseguridad necesarias en lo que se refiere a prevención del COVID-19 acorde a Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes. A objeto de proteger a los pacientes y a los trabajadores, el Centro deberá proporcionar equipo de protección personal en lo que se refiere a prevención del COVID-19 acorde a Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes. |  |  |  |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **CONTINUIDAD DEL SERVICIOS** |  En caso de que el proponente por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en el equipo, epidemias, etc.) no pueda prestar el servicio requerido, contratará por cuenta propia los servicios de otro centro que preste el mismo servicio, garantizando de esta forma la continuidad del servicio. ***El Proponente debe manifestar su compromiso a este requerimiento*** |  |  |  |
| **MANEJO DE SOFTWARE MEDICO Y ENTREGA DE RESULTADOS** | El centro debe registrar los resultados en el sistema médico de la CSBP, debiendo entregar los resultados impresos de los estudios realizados con sello y firma del profesional Medico Imagenologo en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier), así mismo enviar las Imágenes del o los estudios en medios físicos o digitales a Jefatura Medica de la CSBP.En caso de Emergencias, debe existir coordinación inmediata con el médico tratante ya sea en Policonsultorio y/o el Centro Hospitalario contratado por la CSBP, a fin de que el resultado sea conocido a la brevedad posible***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 ordenes de atención y del informe de las atenciones brindadas, identificando:* fecha de atención
* nombre del asegurado
* matricula del asegurado
* estudio realizado
* costo del servicio
 |  |  |  |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **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 10 mbps ó superior
* antivirus actualizado
 |  |  |  |
| **PROCEDIMIENTOS DE ATENCION** | Con el objetivo de la prestación del servicio, La CSBP emitirá las ordenes de estudio en boletas impresas, debidamente autorizadas por Jefatura Medica para la atención a nuestros asegurados, siendo estos documentos los que autorizan al profesional para la prestación del servicio.  |  |  |  |
| **DOTACION DE MEDICAMENTOS Y MEDIOS DE CONTRASTE** | Los medicamentos y medios de contraste para la realización de los estudios de Resonancia Magnética, serán proporcionados por el Proponente. |  |  |  |
| **MULTAS Y SANCIONES** | En caso de incumplimiento de algún ítem adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados a otro centro de similar categoría y cobrar al CENTRO la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado. De continuar la falencia se aplicará el descuento del 0.3% del pago de la factura del mes en curso. |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **martes 09 de agosto a horas 16:30** 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-008-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIOS DE RESOANACIA MAGNETICA NUCLEAR POR EVENTO”, como plazo máximo hasta el día **martes 09 de agosto a horas 16:30.**

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

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 RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR 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 | RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 2 | RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 3 | RESONANCIA MAGNETICA DE ANGIO RESONANCIA DE CEREBRO | 1 |  |  |
| 4 | RESONANCIA MAGNETICA DE ANGIOGRAFÍA RM DU PELVIS/MIEMBROS INFERIORES | 1 |  |  |
| 5 | RESONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRAZO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 6 | RESONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRAZO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 7 | RESONANCIA MAGNETICA DE AORTA ABDOMINAL | 1 |  |  |
| 8 | RESONANCIA MAGNETICA DE AORTA TORÁCICA | 1 |  |  |
| 9 | RESONANCIA MAGNETICA DE ATM SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | RESONANCIA MAGNETICA DE BRAZO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 11 | RESONANCIA MAGNETICA DE BRAZO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 12 | RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 13 | RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA DERECHA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 14 | RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA DERECHA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 15 | RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA IZQUIERDA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 16 | RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA IZQUIERDA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 17 | RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 18 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 19 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO ESPECTRO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 20 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 21 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO PERFUSIÓN SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 22 | RESONANCIA MAGNETICA DE CODO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 23 | RESONANCIA MAGNETICA DE CODO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 24 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLANGIO RESONANCIA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 25 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLANGIO RESONANCIA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 26 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 27 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 28 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 29 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 30 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA DORSO-LUMBAR SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 31 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA DORSO-LUMBAR CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 32 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 33 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 34 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 35 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 36 | RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 37 | RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO PARTE BLANDAS + COMPLEMENTOS | 1 |  |  |
| 38 | RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 39 | RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO VASCULAR | 1 |  |  |
| 40 | RESONANCIA MAGNETICA DE EXAMEN DE MAMAS | 1 |  |  |
| 41 | RESONANCIA MAGNETICA DE FETO | 1 |  |  |
| 42 | RESONANCIA MAGNETICA DE GLUTEO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 43 | RESONANCIA MAGNETICA DE GLUTEO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 44 | RESONANCIA MAGNETICA DE HIPÓFISIS CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 45 | RESONANCIA MAGNETICA DE HIPÓFISIS SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 46 | RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 47 | RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO DERECHO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 48 | RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO DERECHO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 49 | RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO IZQUIERDO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 50 | RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO IZQUIERDO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 51 | RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 52 | RESONANCIA MAGNETICA DE HUESOS LARGOS CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 53 | RESONANCIA MAGNETICA DE HUESOS LARGOS SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 54 | RESONANCIA MAGNETICA DE HUMERO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 55 | RESONANCIA MAGNETICA DE IRM DE CUERPO ENTERO EN BUSCA DE METÁSTASIS | 1 |  |  |
| 56 | RESONANCIA MAGNETICA DE MACIZO FACIAL/BOCA | 1 |  |  |
| 57 | RESONANCIA MAGNETICA DE MEDIASTINO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 58 | RESONANCIA MAGNETICA DE MIELORESONANCIA | 1 |  |  |
| 59 | RESONANCIA MAGNETICA DE MUÑECA/MANO/DEDOS CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 60 | RESONANCIA MAGNETICA DE MUÑECA/MANO/DEDOS SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 61 | RESONANCIA MAGNETICA DE MUSLO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 62 | RESONANCIA MAGNETICA DE MUSLO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 63 | RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 64 | RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS SIN Y CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 65 | RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 66 | RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITA SIN Y CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 67 | RESONANCIA MAGNETICA DE PARTES BLANDAS CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 68 | RESONANCIA MAGNETICA DE PARTES BLANDAS SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 69 | RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 70 | RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 71 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIE DERECHO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 72 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIE DERECHO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 73 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIE IZQUIERDO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 74 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIE IZQUIERDO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 75 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIERNA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 76 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIERNA DERECHA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 77 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIERNA DERECHA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 78 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIERNA IZQUIERDA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 79 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIERNA IZQUIERDA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 80 | RESONANCIA MAGNETICA DE PIERNA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 81 | RESONANCIA MAGNETICA DE RIÑONES/VÍAS URINARIAS SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 82 | RESONANCIA MAGNETICA DE RIÑONES/VIAS URINARIAS CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 83 | RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 84 | RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA DERECHA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 85 | RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA DERECHA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 86 | RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA IZQUIERDA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 87 | RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA IZQUIERDA SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 88 | RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA ARTICULACIÓN SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 89 | RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 90 | RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 91 | RESONANCIA MAGNETICA DE SILLA TURCA CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 92 | RESONANCIA MAGNETICA DE TIROIDES CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 93 | RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 94 | RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 95 | RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO IZQUIERDO CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 96 | RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO IZQUIERDO SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 97 | RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO/PIE CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 98 | RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO/PIE SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 99 | RESONANCIA MAGNETICA DE TORAX CON CONTRASTE | 1 |  |  |
| 100 | RESONANCIA MAGNETICA DE TORAX SIN CONTRASTE | 1 |  |  |
| 101 | SEDACION (EN CASO QUE SE REQUIERA) | 1 |  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |