**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **OR-CP-010-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Agosto 2022** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIOS DE MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO 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:   * Título de especialidad del profesional que brindaran el servicio. * Título en Provisión Nacional del profesional * Matricula Profesional del proponente * Número de Identificación Tributaria (NIT) del proponente.   Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple. |  |  |  |
| **AMBIENTES PARA LA ATENCION** | El Proponente debe de contar con consultorio médico con todo el equipamiento correspondiente de la especialidad para brindar atenciones en consulta externa  ***El Proponente debe especificar la dirección, Nro. telefónico Horarios de atención de su consultorio externo.*** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **PROCEDIMIENTOS DE ATENCION** | Con el objetivo de la prestación del servicio, La CSBP emitirá las ordenes de atención o interconsultas debidamente autorizadas por Jefatura Medica y/o Jefatura de Enfermería para la atención a nuestros asegurados, siendo estos documentos los que autorizan al profesional para la prestación del servicio. |  |  |  |
| **HORARIOS DE ATENCION Y ATENCIONES DE EMERGENCIA** | El proponente debe especificar los horarios de atención en Consulta Externa de lunes a viernes.  Así mismo el proponente debe comprometerse a prestar los servicios que se requieran en:   * Hospitalización “Atenciones Médicas y Cirugías Otorrinolaringológicas programadas” * Atenciones de EMERGENCIA en Consulta Externa sean estos en días feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos etc. * Atenciones de EMERGENCIA en Hospitalización “Cirugías Otorrinolaringológicas de emergencia” sean estos en días feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos etc.   En los casos de Emergencia el proponente debe realizar atenciones de emergencia en los centros autorizados por la CSBP.  ***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** |
| **CONTINUIDAD Y 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.*** |  |  |  |
| **REGISTRO DE ATENCIONES MEDICAS EN SOFTWARE DE LA CSBP** | Las consultas, evoluciones procedimientos, emisión de recetas médicas, solicitud de estudios de gabinete en **consulta externa** deben ser registradas en el sistema médico de la CSBP y deben de ser remitidas en físico al Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier), con el sello y firma del profesional.  Las Consultas, Evoluciones procedimientos, Cirugías, emisión de recetas médicas, solicitud de estudios de gabinete en **Hospitalización** deben ser registradas en el sistema médico de la CSBP y adjuntar el físico al expediente Clínico de Hospitalización, con el sello y firma del profesional.  ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |  |  |  |
| **BIOSEGURIDAD** | El Profesional Independiente deberá prestar los servicios requeridos considerando las normas establecidas de Bioseguridad  ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |  |  |  |
| **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 20 MBPS ó superior * antivirus actualizado |  |  |  |
| **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, e informe de las atenciones brindadas, identificando:   * fecha de atención * nombre del asegurado * matricula del asegurado * procedimiento otorgado * costo del servicio |  |  |  |
| **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 de la siguiente factura a ser cancelada en 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. |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **miércoles 17 de agosto a horas 16:30** 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-009-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIOS DE MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO POR EVENTO”, como plazo máximo hasta el día **miércoles 17 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 ECONOMICA ADQUISICION SERVICIOS DE MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO 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 médica ambulatoria | | 1 |  |  |
| **2** | Consulta médica Intrahospitalaria | | 1 |  |  |
| **3** | Extracción de cuerpos extraños | | 1 |  |  |
| **4** | Extracción de cuerpo extraño bajo anestesia general | | 1 |  |  |
| **5** | Drenaje de otohematoma | | 1 |  |  |
| **6** | Lavado de oído | | 1 |  |  |
| **7** | Taponamiento nasal por epistaxis | | 1 |  |  |
| **8** | Taponamiento posterior por epistaxis y seguimiento | | 1 |  |  |
| **9** | Cauterización nasal por epistaxis | | 1 |  |  |
| **10** | Drenaje de hematomas o absceso septal | | 1 |  |  |
| **11** | Rinoseptoplastía funcional | | 1 |  |  |
| **12** | Septoplastía funcional | | 1 |  |  |
| **13** | Turbinectomía parcial | | 1 |  |  |
| **14** | Reducción de fractura nasal con anestesia local | | 1 |  |  |
| **15** | Reducción de fractura nasal con anestesia general en quirófano | | 1 |  |  |
| **16** | Antrostomía unilateral con anestesia local en consultorio | | 1 |  |  |
| **17** | Antrostomía unilateral con anestesia general en quirófano | | 1 |  |  |
| **18** | Drenaje de absceso periamigdalino en consultorio | | 1 |  |  |
| **19** | Drenaje de absceso periamigdalino en quirófano | | 1 |  |  |
| **20** | Amigdalectomía | | 1 |  |  |
| **21** | Adenoidectomía | | 1 |  |  |
| **22** | Adenoamigdalectomía | | 1 |  |  |
| **23** | Reparación de heridas de lengua en consultorio | | 1 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |