**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-009-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Septiembre 2022** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

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

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna OFRECIDO, su oferta y adjuntar los documentos solicitados.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 de urología del profesional que brindaran el servicio.
* Título en Provisión Nacional
* Matricula Profesional
* 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.*** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 de lunes a viernes.Así mismo el proponente debe comprometerse a 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.*** |  |  |  |
| **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.*** |  |  |  |
| **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
 |  |  |  |
| **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 enviar la documentación completa en físico misma que debe incluir las consultas y evoluciones con el sello y firma del profesional en la prestación del servicio y deben ser entregados en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier).Las Consultas, Evoluciones procedimientos, 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, misma que debe incluir las consultas y evoluciones con el sello y firma del profesional en la prestación del servicio.***El Proponente debe de manifestar su compromiso a 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, e informe de las atenciones brindadas, identificando:* fecha de atención
* nombre del asegurado
* matricula del asegurado
* procedimiento otorgado
* costo del servicio
 |  |  |  |
| **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*** |  |  |  |
| **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 **jueves 22 de septiembre 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-009-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIOS DE MEDICO UROLOGO POR EVENTO”, como plazo máximo hasta el día **jueves 22 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 UROLOGO POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Septiembre** | **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **Nº** | **DETALLE DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1. | Consulta Médica en Consultorio | 1 |  |  |
| 2. | Atención Hospitalaria (Evaluación o atenciones paciente hospitalizado) | 1 |  |  |
| 3. | Cistoscopia | 1 |  |  |
| 4. | Circuncisión | 1 |  |  |
| 5. | Vasectomía | 1 |  |  |
| 6. | Orquidopexia Unilateral | 1 |  |  |
| 7. | Prostatectomía abierta | 1 |  |  |
| 8. | Prostatectomía Endoscópica | 1 |  |  |
| 9. | Dilatación Uretral | 1 |  |  |
| 10. | Cirugía para Incontingencia Urinaria | 1 |  |  |
| 11. | Ureterolitotomía | 1 |  |  |
| 12. | Nefrolitotomia | 1 |  |  |
| 13. | Cistolitotomia | 1 |  |  |
| 14. | Nefrectomía | 1 |  |  |

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