**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **OR-CP-013-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Octubre 2022** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIOS DE FONOAUDIOLOGIA POR MONTO FIJO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:   * Título en Provisión Nacional de los profesionales que brindaran el servicio. * Matricula Profesional de los profesionales que brindaran el servicio. * Inscripción o tramite de inscripción al SEDES del o los profesionales que prestaran el servicio. * NIT Vigente del centro o profesional que brindara el servicio.   Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple. |  |  |  |
| **EQUIPAMENTO Y UBICACIÓN DEL GABINETE** | El profesional o Centro debe contar con Gabinete con todo el equipamiento correspondiente de la especialidad para brindar el servicio solicitado.  ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **UBICACIÓN DEL SERVICIO** | El proponente debe especificar claramente la dirección del centro médico o gabinete, así como el numero telefónico.  ***El proponente mediante nota debe manifestar los datos requeridos sobre este punto.*** |  |  |  |
| **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.*** |  |  |  |
| **HORARIOS DE ATENCION** | El proponente debe manifestar los Horarios de Atención de lunes a viernes 4 horas como mínimo)  ***El proponente mediante nota debe manifestar el horario de atención ofertado.*** |  |  |  |
| **CONTINUIDAD 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 registradas en el sistema médico de la CSBP de todas las atenciones sean estas consultas de evaluación, sesiones, solicitud de estudios de fonoaudiología y enviar la documentación completa en físico misma que debe incluir:  las consultas de evaluación y sesiones con el sello y firma del profesional en la prestación del servicio y deben ser entregados en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier).  ***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 evaluaciones, sesiones de **FONOAUDIOLOGIA** realizados en un plazo máximo de 48 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. |  |  |  |
| **PROCEDIMIENTO 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.  ***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 **martes 11 de octubre 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-013-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIOS DE FONOAUDIOLOGIA A MONTO FIJO”, como plazo máximo hasta el día **martes 11 de octubre 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 FONOAUDIOLOGIA POR MONTO FIJO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Octubre** | **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | |
| **Nº** | **DETALLE** | | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
|  | **SERVICIO DE FONOAUDIOLOGIA POR MONTO FIJO MENSUAL** | | | | |
| 1 | Evaluación fonoaudiológica inicial | | 1 |  |  |
| 2 | Sesión de terapia fonoaudiológica en gabinete | | 1 |  |  |
| **Total importe Bs (Monto Fijo Mensual)** | | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |