**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **OR-CP-015-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Noviembre 2022** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIO DE DERMATOLOGIA POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO**  **(EL PROPONENTE DESCRIBIRA EN ESTA COLUMNA SU OFERTA Y/O ACEPTACIÓN)** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **DOCUMENTACIÓN LEGAL ADMINISTRATIVA** | El centro o profesional deberá presentar los siguientes documentos:   * Resolución de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES. **(fotocopias simples)** * Título de especialista en dermatología del profesional o representante del centro. **(fotocopias simples)** * Número de identificación tributaria. **(fotocopias simples)** |  |  |  |
| **EQUIPAMIENTO DEL CONSULTORIO** | El centro o profesional debe contar con el equipamiento e instrumental médico necesario para cumplir con los ítems ofertados y las condiciones de bioseguridad que garanticen las intervenciones quirúrgicas.  ***El proponente mediante nota debe manifestar el equipamiento con el que cuenta para ofertar el servicio.*** |  |  |  |
| **MOBILIARIO DEL CONSULTORIO** | El mobiliario y los equipos deben estar ubicados en ambientes apropiados con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente y el médico.  ***El proponente mediante nota debe manifestar el mobiliario con el que cuenta para ofertar el servicio.*** |  |  |  |
| **EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO** | El centro o profesional 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, antivirus actualizado   ***El proponente mediante nota debe manifestar contar con el Equipamiento Informático.*** |  |  |  |
| **REGISTRO DE ATENCIONES EN SISTEMA DE LA CSBP** | El centro o profesional contratado debe comprometerse a registrar en el sistema software médico de la CSBP, todas las atenciones, evoluciones, resultados y recetas de todos los asegurados que acudan a su servicio, con el sello y firma del profesional en la prestación del servicio y ser entregados en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier).  ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **HORARIOS DESIGNADOS PARA ATENCIÓN DE PACIENTES** | El centro o profesional debe especificar los horarios de atención de lunes a viernes.  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 el horario de atención ofertado.*** |  |  |  |
| **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:  CAUSALES:   * Evidenciar que el centro o profesional no preste el servicio 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 médico.   ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso y/o aceptación sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **CANCELACIÓN DEL SERVICIO** | Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el centro o profesional debe presentar la factura en forma mensual, acompañado del informe de las atenciones brindadas, identificando:   * Fecha de atención * Nombre del asegurado * Matricula del asegurado * Procedimiento otorgado * Costo del servicio   ***El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso y/o aceptación sobre este requerimiento.*** |  |  |  |
| **SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO** | En caso de que el centro o el profesional 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 contratado, el de contratar por cuenta propia otro centro o profesional de similares características para dar continuidad a las atenciones médicas 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.*** |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **jueves 10 de noviembre 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-015-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIO DE DERMATOLOGIA POR EVENTO”, como plazo máximo hasta el día **jueves 10 de noviembre 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 SERVICIO DE DERMATOLOGIA POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Noviembre** | **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | |
| **Nº** | **DETALLE** | | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | Consulta externa, que comprende:   * Valoración clínica inicial * Tratamiento clínico inicial y/o tratamiento a reacciones adversas medicamentosas * 1 control médico de valoración posterior | | 1 |  |  |
| 2 | Consulta emergencia en consultorio o centro hospitalario | | 1 |  |  |
| **PROCEDIMIENTOS EN DERMATOLOGÍA** | | | | | |
| 3 | Electrocoagulación hasta tres elementos, ya sean:  Verrugas  Queratosis Seborreica  Acro cordones  Fibromas Laxos | | 1 |  |  |
|  | DNCB Tratamiento Total | | 1 |  |  |
| 4 | Extirpación de pequeños epiteliomas, Papilomas, Quistes, angiomas cutáneos y mucosas cara plantar | | 1 |  |  |
| 5 | Drenaje de obsesos subcutáneos | | 1 |  |  |
| 6 | Celulitis abscedada | | 1 |  |  |
| 7 | Extirpación quirúrgica de hidroadenitis | | 1 |  |  |
| 8 | Tratamiento de Condilomas acuminados tópico | | 1 |  |  |
| 9 | Tratamiento de Condiloma acuminado Fulguración | | 1 |  |  |
| 10 | Sinequias balanoprepuciales | | 1 |  |  |
| 11 | Biopsias de pequeños tumores, ya sean:  Benignos  Lipomas  Fibromas  Quistes dermoides y pilonidales  Malignos | | 1 |  |  |
| **Total importe Bs** | | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |