**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Comparación de Propuestas** | **OR-CP-016-2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **Noviembre 2022** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIOS DE MEDICO TRAUMATOLOGO EN HOSPITALIZACION 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** |
| **REQUISITOS BASICOS DEL PROFESIONAL** | El profesional deberá presentar los siguientes documentos:* Título de especialista traumatólogo **(Adjuntar Fotocopia Simple)**
* Título en Provisión Nacional **(Adjuntar Fotocopia Simple)**
* Matricula Profesional **(Adjuntar Fotocopia Simple)**
* El profesional debe contar con NIT vigente. **(Adjuntar Fotocopia Simple)**
 |  |  |  |
| **OPORTUNIDAD DEL SERVICIO** | Con el fin de brindar atenciones médicas oportunamente a nuestros asegurados el profesional deberá de atender las consultas de emergencia que se presenten en el lapso máximo de 60 min, en los centros médicos autorizados por la CSBP.***El Proponente debe de manifestar su compromiso con este requerimiento.*** |  |  |  |
| **MODALIDAD DE ATENCION** | * El proponente debe cubrir intersemanal mente las atenciones médicas, según programación de Jefatura de servicio las cuales serán a requerimiento “ha llamado” para dar cobertura a las emergencias y Urgencias traumatológicas que se presenten en Clínica de contrato, las cuales pueden presentarse de lunes a viernes, en fines de semana, días feriados, horarios nocturnos, paros cívicos u otros.
* El proponente debe cubrir Cirugías Traumatológicas de emergencia las cuales deben ser coordinadas con jefe del Servicio de Traumatología y/o jefe Médico.
* Consultas ambulatorias traumatológicas a requerimiento, en caso que así lo requiera la CSBP mediante una orden de interconsulta debidamente autorizada por Jefatura Medica de la CSBP.

***El Proponente debe de manifestar su compromiso con este requerimiento.*** |  |  |  |
| **PROCEDIMIENTOS DE ATENCION** | La CSBP en coordinación con sus clínicas contratadas mediante sus servicios de emergencias emitirán las **ordenes de atención o interconsultas** dirigidas al profesional adjudicado, para la atención a nuestros asegurados, siendo estos documentos los que autorizan al profesional para la prestación del servicio. ***El Proponente debe de manifestar su compromiso con este requerimiento.*** |  |  |  |
| **CONTINUIDAD DEL SERVICIO** | En caso de que el proponente por algún motivo de fuerza mayor no pueda prestar el servicio requerido, contratará por cuenta propia los servicios de otro profesional que preste el mismo servicio, garantizando de esta forma la continuidad del servicio, sin que ello implique un gasto adicional de la CSBP.***El Proponente debe de manifestar su compromiso con 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 Hospitalización deben ser registradas en el sistema médico de la CSBP que se tiene en las clínicas contratadas y adjuntar el físico al expediente clínico del paciente, mismas deben incluir: las consultas y evoluciones con el sello y firma del profesional adjudicado. ***El Proponente debe de manifestar su compromiso con este requerimiento.*** |  |  |  |
| **BIOSEGURIDAD** | El proponente deberá prestar los servicios requeridos considerando las normas establecidas de Bioseguridad   ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |  |  |  |
| **CANCELACION DEL SERVICIO** | Los Informes mensuales para el cobro respectivo, deberán ser entregados adjunto a la factura o nota fiscal las solicitudes de interconsulta, en la fecha de corte que será notificada por la CSBP en formato institucional. ***El Proponente debe de manifestar su compromiso con 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 factura en el mes en curso, cuyo descuento será 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.  **El Proponente debe de manifestar su compromiso a 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.

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-016-2022 – “ADQUISICIÓN SERVICIO DE MÉDICO TRAUMATÓLOGO EN HOSPITALIZACIÓN 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 SERVICIOS DE MEDICO TRAUMATOLOGO EN HOSPITALIZACION POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de Noviembre** | **de 2022** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **Nº** | **DETALLE**  | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **TOTAL BS.** |
| 1 | TRATAMIENTO POR INFILTRACIÓN EN BURSITIS, TENDINITIS INTRA Y PERI ARTICULARES | 1 |  |  |
| 2 | LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR: TRATAMIENTO INCRUENTO | 1 |  |  |
| 3 | LUXACIÓN ESCAPULO HUMERAL TRATAMIENTO: INCRUENTO | 1 |  |  |
| 4 | LUXO FRACTURAS ESCAPULO HUMERAL TRATAMIENTO: INCRUENTO | 1 |  |  |
| 5 | FRACTURAS SIMPLES, TRATAMIENTO INCRUENTO | 1 |  |  |
| 6 | FRACTURAS COMPLICADAS, TRATAMIENTO CRUENTO | 1 |  |  |
| 7 | LUXACIÓN ACRORNIOCLAVICULAR INCRUENTO CRUENTO | 1 |  |  |
| 8 | NEURORRAFIA SIN MICROSCOPIO | 1 |  |  |
| 9 | FRACTURAS SUPRACONDILIAS | 1 |  |  |
| 10 | TRATAMIENTO INCRUENTO (NO DESPLAZADAS) | 1 |  |  |
| 11 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICOSCUALQUIER TECNICA | 1 |  |  |
| 12 | LUXACIÓN SIMPLE DE CODO,REDUCCIÓN INCRUENTA | 1 |  |  |
| 13 | LUXO FRACTURA DEL CODO, TRATAMIENTO: INCRUENTO |  |  |  |
| 14 | LUXO FRACTURA DE MONTEGGIA,TRATAMIENTO: INCRUENTO |  |  |  |
| 15 | FRACTURAS DE TALLO VERDE DE CUBITO Y RADIO TRATAMIENTO INCRUENTO  |  |  |  |
| 16 | EPICONDILITIS (CODO DE TENISTA),TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CUALQUIER TÉCNICA |  |  |  |
| 17 | LIMPIEZA QUIRÚRGICA DE ARTRITIS SEPTICA DE CODO |  |  |  |
| 18 | SEPARACIÓN PRIMARIA DE 3 Y MAS TENDONES |  |  |  |
| 19 | SEPARACIÓN SECUNDARIA DE 1 A 3 TENDONES |  |  |  |
| 20 | TRATAMIENTO DE INCRUENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE AMBOS HUESOS |  |  |  |
| 21 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS EXPUESTAS (CUALQUIER REGION DEL ANTEBRAZO) |  |  |  |
| 22 | TRATAMIENTO DE FIJACIÓN EXTERNA (TUTORES) CUALQUIER MÉTODO |  |  |  |
| 23 | TRATAMIENTO INCRUENTO DE LAS LUXACIONES RADIO CUBITA DISTAL |  |  |  |
| 24 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS LUXACIONES RADIO CÚBITO DISTAL AGUDAS |  |  |  |
| 25 | AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO |  |  |  |
| 26 | ARTRITIS PIÓGENA DE LA MUÑECA |  |  |  |
| 27 | LESIONES ARTERIALES, SUTURA PRIMARIA |  |  |  |
| 28 | CIRUGÍA DE TENDONES FLEXORES REPARACIÓN PRIMARIA |  |  |  |
| 29 | CIRUGÍA DE TENDONES EXTENSORES: REPARACION PRIMARIA |  |  |  |
| 30 | FRACTURAS DE LAS FALANGES, METACARPIANOS O HUESOS DEL CARPO PROCEDIMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 31 | TRATAMIENTO CON EL SINDROME COMPARTIMENTAL |  |  |  |
| 32 | AMPUTACIÓN DEL DEDO |  |  |  |
| 33 | MANO GRAVEMENTE LESIONADA, ATENCIÓN PRIMARIA CON LESION, OSEA, TENDINOSA, NERVIOSA, ARTERIAL Y/O AMPUTACION |  |  |  |
| 34 | MANO SEPTICA |  |  |  |
| 35 | CELULITIS, PANADIZO, TENDOVAGINITIS |  |  |  |
| 36 | LESIONES DE LOS NERVIOS DE LA MANO SUTURA PRIMARIA |  |  |  |
| 37 | FRACTURA DE LA ALA ALIACA TRATAMIENTO CRUENTO |  |  |  |
| 38 | FRACTURAS ISQUIOPUBIANAS TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 39 | DIASTASIS PUBIANA: TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 40 | DIASTASIS PUBIANA: TRATAMIENTO CRUENTO |  |  |  |
| 41 | LUXACIONES TRAUMÁTICA: TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 42 | DESARTICULACIÓN COXOFEMORAL |  |  |  |
| 43 | AMPUTACIÓN DEL MUSLO |  |  |  |
| 44 | FRACTURAS DIAFISARIAS DE FEMURTRATAMIENTO CRUENTO |  |  |  |
| 45 | FRACTURAS DIAFISARIAS DE FEMUR TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 46 | FRACTURA DE ROTULA: TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 47 | LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE LA RÓTULA TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 48 | LESIONES LIGAMENTARIAS: TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 49 | LESIONES MENISCALES TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 50 | LIMPIEZA QUIRURGICA DE ARTRITIS SEPTICA DE RODILLA |  |  |  |
| 51 | REPARACIÓN PRIMARIA DE TENDONES,FLEXORES Y EXTENSORES POR TENDÓN |  |  |  |
| 52 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, CUALQUIER TÉCNICA FASE AGUDA |  |  |  |
| 53 | FRACTURA DE TIBIA: TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 54 | FRACTURA DEL PERONÉ: TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 55 | FRACTURAS DE AMBOS HUESOS: TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 56 | FRACTURAS BIMALEOLARES TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 57 | LUXOFRACTURAS EXPUESTAS: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO |  |  |  |
| 58 | TIBIOASTRAGALINA CON O SIN FRACTURA, TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 59 | SINDROMES COMPARTIMENTALES AGUDOS |  |  |  |
| 60 | AMPUTACIÓN DE LA PIERNA |  |  |  |
| 61 | ARTRITIS PIOGENA |  |  |  |
| 62 | CIRUGÍA DE TENDONES POR TENDÓN REPARACIÓN PRIMARIA |  |  |  |
| 63 | FRACTURAS DE FALANGES, METATARSIANOS, TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 64 | FRACTURA O LUXOFRACTURA DE LOS HUESOS DEL TARSO Y METATARSO TRATAMIENTO INCRUENTO |  |  |  |
| 65 | AMPUTACION POR DEDO |  |  |  |
| 66 | VELPEAUX |  |  |  |
| 67 | YESO BRAQUI-CARPIANO |  |  |  |
| 68 | PELVI PEDICO UNI O BILATERAL |  |  |  |
| 69 | YESO INGUINO-PEDICO |  |  |  |
| 70 | YESO INGUINO MALEOLAR |  |  |  |
| 71 | BOTA CORTA |  |  |  |
| **Total importe Bs**  |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2022** |  |