**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO N.º 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Comparación de Propuestas OR-CP-005-2023 Adquisición Servicio de Medico Neurólogo, por evento – Primera Convocatoria**

A nombre de ***(Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Invitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a inhabilitar la presente propuesta y ejecutar la Garantía de Seriedad de Propuesta.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

**III.- De la Presentación de Documentos.**

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

* Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, inscrito en el Registro de Comercio.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

g) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

* Para empresas Unipersonales

a) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, inscrito en el Registro de Comercio, cuando el representante legal sea diferente al propietario.

b) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

d) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra propuesta por un periodo de ……… ***(indicar número de días que debe ser igual o superior a sesenta (30) días calendario)*** a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO N.º 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Documento que lo acredita como representante legal \_\_\_\_\_ (*colocar número de testimonio, lugar y fecha) \_\_\_\_\_*
11. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

**FORMULARIO N.º 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental \_\_\_\_\_\_ (colocar número, lugar y fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_*
2. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre del representante legal de la asociación accidental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Documento que lo acredita como representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO Nº3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **OR-CP-005-2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **de de 2023** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIO DE MEDICO NEUROLOGO POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TECNICOS** | **PEDIDO** | **OFRECIDO** | **ESTAS COLUMNAS SERÁN LLENADAS POR EL CONVOCANTE** | |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1. REQUISITOS BASICOS DEL PROFESIONAL** | La propuesta debe acompañar la siguiente documentación:   * Título de especialista Neurólogo, **(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)** |  |  |  |
| **2. OPORTUNIDAD DEL SERVICIO** | Con el fin de brindar atenciones médicas oportunamente a nuestros asegurados el profesional deberá de atender tanto las consultas externas como las de emergencia que se presenten en el lapso máximo de 60 min, ya sea en su consultorio particular y en los centros médicos autorizados por la CSBP.  ***El Proponente debe de manifestar su compromiso con este requerimiento.*** |  |  |  |
| **3. MODALIDAD DE ATENCIÓN** | * El proponente debe cubrir a requerimiento las atenciones médicas, según derivación por interconsulta como también “ha llamado” para dar cobertura a las emergencias y Urgencias de tipo neurológicas que se presenten en Clínicas de contrato. * Las atenciones en Clínicas de contrato pueden presentarse de lunes a viernes, fines de semana, días feriados, en cualquier momento del día. * Consultas ambulatorias: Serán derivadas por los médicos de la CSBP, previamente la emisión de la interconsulta a requerimiento, debidamente autorizada por Jefatura Medica de la CSBP.   ***El Proponente debe de manifestar su compromiso con este requerimiento.*** |  |  |  |
| **4. CONTINUIDAD DEL SERVICIO** | En caso de que el proponente por algún motivo de fuerza mayor no pueda prestar el servicio requerido, deberá comunicar esta situación a la CSBP con una antelación mínima de 7 días hábiles y contratar por cuenta propia los servicios de otro profesional que preste el mismo servicio e indicar el nombre del profesional, 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.*** |  |  |  |
| **5. 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 le instalara al proponente adjudicado, y que se tiene en las clínicas contratadas, estas deben ser adjuntadas en 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.*** |  |  |  |
| **6. BIOSEGURIDAD** | El proponente deberá prestar los servicios requeridos considerando las normas establecidas de Bioseguridad.  ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.*** |  |  |  |
| **7. CANCELACION DEL SERVICIO** | Se realizará mediante 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.*** |  |  |  |
| **8. QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS** | En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados relacionados con la actitud y/o atención del profesional, la CSBP por medio de su COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO evaluará la queja o reclamo presentada por el Asegurado, de ser procedente y/o comprobada aplicará las multas o sanciones establecidas en el contrato de prestación de servicios.  ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.*** |  |  |  |
| **9. MULTAS** | LA CSBP podrá aplicar multas por las siguientes causales:   1. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL: En caso de incumplimiento por parte del profesional en la prestación de algún servicio ofertado y adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro profesional y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado. 2. EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES: En caso de que el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO defina como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:  * El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo. * El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.  1. RETRASO EN LA ENTREGA DE INFORMES O RESULTADO DE ESTUDIOS: Por día de retraso en la presentación de informes o de estudios realizados, se establece una multa del 0,3% debiendo efectuarse el cálculo en base al importe mensual cancelado.   ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.*** |  |  |  |
| **10. MEDICACION PREFERENCIAL** | Todos los medicamentos que se deben utilizar en el tratamiento de los asegurados deben estar basados en la lista LINAME, solo en caso muy necesario se podrá solicitar a Jefatura Medica el uso de medicación Extra LINAME acompañado de informe médico y junta médica que justifique la solicitud. |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **martes 5 de septiembre a horas 17:00** 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-005-2023 – “ADQUISICIÓN SERVICIO DE MEDICO NEUROLOGO, POR EVENTO”, PRIMERA CONVOCATORIA como plazo máximo hasta el día **martes 5 de septiembre a horas 17:00.**

Lic. Darling Carmin Herbas Aguila

ELABORADO POR CSBP

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Validez de la oferta: | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Oruro** |  | de |  | de **2023** |

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SELLO EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**FORMULARIO Nº4**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA ADQUISICION SERVICIO DE MEDICO NEUROLOGO, POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de** | **de 2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | |
| **ITEM** | **DETALLE** | | | **IMPORTE EN**  **Bs.** | |
| 1 | Costo de consulta médica (incluye: reconsulta) | | |  | |
| 2 | Costo de Atención en hospitalización | | |  | |
| 3 | Costo de Atención domiciliaria | | |  | |
|  | **TOTAL, MONTO POR EVENTO BS.-** | | |  | |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro -------------** | **de** | **-------------** | **de 2023** |  |