**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-009-2023 Adquisición Servicio de Medico Nefrologo, 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-013-2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **de de 2023** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIO DE MEDICO NEFROLOGO, POR EVENTO**

| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la CSBP | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**  (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE** | | **Observaciones** (especificar por qué no cumple) |
| **SI** | **NO** |
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| *La CSBP Agencia Oruro, requiere contratar los servicios de un médico Nefrólogo por Evento, por el lapso de 2 años sujetos a ampliación de contrato.* |  |  |  |  |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **A. REQUISITOS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| * + - 1. Contar con consultorio propio para realizar consulta externa *de asegurados de la CSBP.* |  |  |  |  |
| * + - 1. Contar con Internet arriba de 10 megas en su consultorio. |  |  |  |  |
| * + - 1. Contar con una computadora o laptop: * Core I5 * 256 de memoria de almacenamiento * 8 Gb en RAM * Windows 10 * Antivirus actualizado |  |  |  |  |
| * + - 1. En caso de que el paciente requiera un **procedimiento o tratamiento específico (agudo o clínico de larga data)**, el profesional adjudicado emitirá informe médico y Junta Medica solicitando la autorización previa a Jefatura Medica, (los costos de cada evento serán considerados en base a los Aranceles del Colegio Médico de Oruro – con un arancel diferenciado para la CSBP, según el tipo y complejidad del procedimiento o tratamiento específico). |  |  |  |  |
| * + - 1. **REGISTRO DE ATENCIONES EN SOFTWARE MEDICO SAMI,** El profesional adjudicado, tiene la obligación de llenar sus atenciones médicas en el Software Medico - SAMI de la CSBP, ya sea en consulta externa o en hospitalización*.* |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. EQUIPO MÍNIMO** |  |  |  |  |
| 1. El proponente deberá de contar con el equipo médico necesario de su especialidad que garantiza la resolución de las atenciones y/o procedimientos requeridos*.* 2. Por su parte la CSBP brindara los equipos en clínica de contratos que requiera el paciente en casos de hemodiálisis. |  |  |  |  |
| **C. CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** |  |  |  |  |
| 1. **Medicamentos:**  * El profesional se enmarcará en primera instancia a usar medicamentos incluidos dentro la LINAME * En caso de requerir medicamentos fuera de la LINAME, deberá de emitir informe y junta médica que avale la necesidad de dicha medicación. |  |  |  |  |
| **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL** |  |  |  |  |
| 1. **EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DEL PROFESIONAL** |  |  |  |  |
| 1. **MEDICO ESPECIALISTA NEFROLOGO** (Fotocopia simple de su título de especialista) |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia General.** 2 años (fotocopia simple documental que avale su experiencia general) |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia Específica.** 1 año (fotocopia simple que avale su experiencia especifica como especialista) |  |  |  |  |
| 1. **Hoja de Vida documentada.** El proponente deberá de entregar su hoja de vida debidamente documentada (fotocopias simples) |  |  |  |  |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **A. PLAZO** |  |  |  |  |
| 1. La atención en consulta externa no deberá pasar de las 24 horas de emitida la interconsulta desde la CSBP. 2. La atención en hospitalización no deberá pasar de los 30 min de emitida la interconsulta (ha llamado) |  |  |  |  |
| **B. LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. Las atenciones de consulta externa, se desarrollará en consultorio particular del proponente en horarios de 09:00 a 20:00, en base a agendamiento de la CSBP. 2. Las atenciones en hospitalización o sesiones de hemodiálisis se desarrollarán en las Clínicas de Contrato de la CSBP inmediatamente de emitida la interconsulta (horarios diurnos o nocturnos o fines de semana). |  |  |  |  |
| **C. 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. |  |  |  |  |
| **D. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| En caso de que 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 e indicar el nombre del profesional quién realizará las consultas y/o los estudios que sean requeridos, sin que esto genere costo adicional, propuesta que será analizada por la CSBP para su aprobación, pudiendo solicitar el cambio por referencia o antecedentes que la CSBP cuente. |  |  |  |  |
| **E. RÉGIMEN DE 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. |  |  |  |  |
| **F. BIOSEGURIDAD** |  |  |  |  |
| El proponente deberá prestar los servicios requeridos considerando las normas establecidas de Bioseguridad.  ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.*** |  |  |  |  |
| **G. FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| La forma de pago por los servicios prestados, serán de forma mensual por el total de numero de eventos y procedimientos atendidos, mediante presentación de:   * + Orden de atención de la CSBP   + Orden de compra de servicios   + Informe detallado de las atenciones realizadas en el mes.   + Verificación por parte de enfermería y estadística del llenado del Software (SAMI) por el profesional de todas las atenciones y/o procedimientos realizados en el mes.   + Factura emitida por el total de las atenciones y/o procedimientos realizados en el mes |  |  |  |  |
| **H. CANAL DE DENUNCIAS** |  |  |  |  |
| En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad en el proceso de contratación, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo) la cual debe ser acompañada por la cedula de identidad del denunciante, identificación del denunciado, relación del hecho y los indicios o elementos probatorios.  Se aclara que cualquier denuncia no suspenderá los plazos o actividades del Proceso de Contratación. |  |  |  |  |

La presente propuesta debe ser presentada como plazo máximo hasta el día **viernes 10 de noviembre 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-013-2023 – “ADQUISICIÓN SERVICIO DE MÉDICO NEFRÓLOGO, POR EVENTO”, PRIMERA CONVOCATORIA como plazo máximo hasta el día **viernes 10 de noviembre 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 ENDOCRINOLOGO, POR EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de** | **de 2023** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | |
| **ITEM** | **DETALLE** | | | **IMPORTE EN**  **Bs.** | |
| 1 | Costo de la consulta externa (incluye los 2 controles siguientes, luego de la cita inicial, dentro los 30 días calendario) | | |  | |
| 2 | Costo de la consulta en hospitalización día (incluye control en sesiones de hemodiálisis, emergencias y horarios nocturnos) | | |  | |
|  | **TOTAL, MONTO POR EVENTO BS.-** | | |  | |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro** | **de** |  | **de 2023** |  |