**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 PROPONENTEIDENTIFICACION 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-001-2024 Adquisición Servicio de Medico Ginecólogo Obstetra, Monto Fijo – 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-001-2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oruro | **de de 2024** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR": |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TECNICA ADQUISICION SERVICIO DE MEDICO GINECÓLOGO OBSTETRA, MONTO FIJO**

| **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 Ginecólogo Obstetra a Monto Fijo, para atenciones médicas en centros de atención (Clínicas) de contrato y Atención de Emergencias, de sus asegurados por el lapso de 2 años sujetos a ampliación de contrato.****Nota aclaratoria:*** *El Monto Fijo es Mensual y debe contemplar todos los costos, como ser: costos de transporte del profesional, Impuestos por prestación, y otros que demande el servicio.* |  |  |  |  |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **A. REQUISITOS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| * + - 1. Realizar la prestación de servicios de atención médica con oportunidad, eficacia, efectividad y eficiencia.
 |  |  |  |  |
| * + - 1. Brindar servicios médicos integrales, personalizados con calidad y calidez en Consulta Externa (valoración preoperatoria) - Hospitalización y Post hospitalización.
 |  |  |  |  |
| * + - 1. Realizar procesos de atención médica en el marco de las normas, protocolos de tipo general e institucional sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud.
 |  |  |  |  |
| * + - 1. Transcribir y Elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico a nivel de Hospitalización, bajo los siguientes alcances:
* La Historia Clínica Informatizada debe ser llenada en el Software Médico de propiedad de la CSBP, en forma completa y de calidad, procediendo a la impresión y respectiva firma y sello, el profesional deberá efectuar el llenado de la Historia Clínica física de forma manual en los formularios y formatos proporcionados por la CSBP en Clínica, con letra clara y legible.
* Las prescripciones farmacéuticas deben ser elaboradas y sustentadas de acuerdo a reglamento institucional.
* Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento deben ser requeridos de manera racional de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos.
* Elaborar informes médicos, ya sea a solicitud de Jefatura Médica o en caso de requerir algún tratamiento, estudio o medicamento específico no contemplados.
* Elaborar los informes correspondientes de las juntas médicas en las que participe en forma completa y detallada.
* Registrar protocolo operatorio de carácter obligatorio posterior a cada cirugía.
* Dar a conocer al paciente y hacer firmar el Consentimiento Informado obligatorio, sobre los procedimientos a efectuar durante su atención.
* Cualquier otro registro manual o electrónico que en el marco de la prestación de servicios se considere conveniente disponer para el registro de información.
 |  |  |  |  |
| * + - 1. Realizar valoración preoperatoria a todo procedimiento programado o de emergencia.
 |  |  |  |  |
| * + - 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.
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. CONDICIONES ESPECÍFICAS** |  |  |  |  |
| 1. Participar de Juntas Médicas convocadas por Jefatura Médica.
 |  |  |  |  |
| 1. Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los formularios correspondientes.
 |  |  |  |  |
| 1. Presentar en forma mensual, la factura correspondiente junto al detalle de pacientes atendidos según cronograma definido por la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. El Profesional debe comprometerse a realizar el registro de las Historias Clínicas en el Software Medico de propiedad de la CSBP.

**El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| 1. El Profesional, de acuerdo a un cronograma elaborado por la CSBP, debe presentar un reporte estadístico y detalle de las atenciones realizadas en el mes, emisión de la factura respectivas. Para ello en proponente realizará un corte a las fechas indicadas en el cronograma.

**El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| 1. El Profesional se compromete a participar de reuniones de coordinación convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común.

**El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL**  |  |  |  |  |
| 1. **EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DEL PROFESIONAL**
 |  |  |  |  |
| 1. Contar con Título Académico de Médico Cirujano del o los profesionales que prestaran el servicio.

**Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| 1. Contar con Título En Provisión Nacional de Médico Cirujano del o los profesionales que prestaran el servicio.

**Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| 1. Contar con Título de Especialización como Médico Ginecólogo Obstetra

**Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| 1. Contar con Matricula Profesional del o los profesionales que prestaran el servicio.

**Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| 1. Contar con Matricula del Colegio Médico del o los profesionales que prestaran el servicio.

**Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| 1. Contar con Inscripción al SEDES del o los profesionales que prestaran el servicio.

**Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| 1. Contar con NIT (Número de Identificación Tributaria)

**Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| 1. Experiencia de trabajo con especialidad (mínimo 2 años) del o los profesionales que brindaran el servicio.

**Adjuntar Hoja de Vida**  |  |  |  |  |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **A. PLAZO** |  |  |  |  |
| 1. El Profesional debe atender los requerimientos de emergencias quirúrgicas, el cual debe de ser atendido en un periodo o lapso no mayor a 30 minutos para atención médica en forma Oportuna.
2. El Profesional contratado deberá brindar atención ha llamado las 24 horas del día en casos de emergencia, incluyendo Atenciones a pacientes COVID-19, tantos fines de semana, feriados, paros y otros, sin costo adicional.

**El proponente mediante nota debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento**. |  |  |  |  |
| **B. LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. Las atenciones en hospitalización se desarrollarán en las Clínicas de Contrato de la CSBP inmediatamente se comunique la prestación del servicio (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 (participación en seminarios, cursos 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 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 23 de febrero a horas 17:00** 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-001-2024 – “ADQUISICIÓN SERVICIO DE MÉDICO GINECOLOGO OBSTETRA, MONTO FIJO”, PRIMERA CONVOCATORIA como plazo máximo hasta el día **viernes 23 de febrero a horas 17:00.**

Lic. Darling Carmin Herbas Aguila

ELABORADO POR CSBP

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

|  |  |
| --- | --- |
| Validez de la oferta: |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **Oruro** |   | de |  | de **2024** |

EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"

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

SELLO EMPRESA NOMBRE Y FIRMA

**FORMULARIO Nº4**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA ADQUISICION SERVICIO DE MEDICO GINECOLOGO OBSTETRA, MONTO FIJO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oruro** |  | **de**  | **de 2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR":** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |
| **ITEM** | **DETALLE**  | **IMPORTE EN** **Bs.** |
|  | DETALLE DE PROCEDIMIENTOS NO LIMITATIVO* ELECTROCUATERIZACION
* COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA
* CRIOTERAPIA
* ELECTRO FULGURACIONES DE CONDILOMA
* POLIPECTOMIA
* BIOPSIA DE VAGINA, ENDOMETRIO
* AMEU O LUI
* LUI POR RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS
* CEPILLADOS ENDOMETRIALES
* TRAUMATISMO VAGINO VULVAR
* DRENAJE ABSESO DE MAMA
* BIOPSIA EXCICIONAL (EXERESIS) DE FIBROADENOMAS O FIBROQUISTES MAMARIOS
* DRENAJE Y MARSUPIALIZACION DE GLANDULA DE BARTHOLINO
* EXTIRPACIÓN PÓLIPO VULVAR
* OPERACIÓN DE HIMEN IMPERFORADO
* REPARACION QUIRÚRGICA TRAUMATISMO CUELLO UTERINO
* REPARACION QUIRURGICA DE DESGARROS RECTOVAGINALES
* CONIZACION
* OPERACIÓN INCOMPETENCIA CERVICAL (CERCLAJE)
* SALPINGOCLASIA BILATERAL
* PARTO EUTÓCICO MULTÍPARA
* PARTO INDUCIDO MULTÍPARA
* PARTO CONDUCIDO MULTÍPARA
* PARTO GEMERAL EN PRIMIGESTA
* PARTO GEMELAR EN MULTIGESTA
* CESAREA PROGRAMADA
* CESAREA DE EMERGENCIA
* COLPOPERINOPLASTIA ANTERIOR Y POSTERIOR
* HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
* HISTERECTOMIA SUBTOTAL ABDOMINAL
* HISTERECTOMIA VAGINAL
* OPERACIÓN EMBARAZO ECTÓPICO
* OPERACIÓN TUMOR DE OVARIO O PARATUBARICO
* HISTERORRAFIA POR PERFORACIÓN UTERINA
* LAPAROTOMIA EXPLORATORIA O LAPAROSCOPIA
* LAPAROTOMÍA POR PELVIPERITONITIS
* MIOMECTOMÍA ABDOMINAL
* INTERNACIONES Y SEGUIMIENTO
* INTERCONSULTAS
* ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN CONSULTA EXTERNA
* ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN
 |  |
|  | **TOTAL, MONTO FIJO MENSUAL BS.-** |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Oruro**  | **de** |  | **de 2024** |  |