**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE PSICOLOGÍA A MONTO FIJO**

Se evalúan los requisitos establecidos aplicando el método CUMPLE o NO CUMPLE e inhabilitando a las propuestas que no cumplan con su presentación. Según el siguiente detalle:

| **REQUISITOS ESTABLECIDOS DEL SERVICIO**  | Para ser llenado por el proponente |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**(Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) |
|
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |  |
| Contratación de servicios de Psicología por monto fijo mensual, la adjudicación será realizada por el servicio en general a la propuesta económica más conveniente para la CSBP, siempre y cuando cumpla con los requisitos técnicos solicitados en la presente convocatoria para las gestiones 2025 a 2027. |  |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |  |
| **A. REQUISITOS INDISPENSABLES DEL SERVICIO** |  |
| **Requisito 1:** Contar mínimamente con: DEL PROFESIONAL O LOS PROFESIONALES DEL STAFF – Adjuntar Fotocopia Simple de:* Inscripción al SEDES
* Título Académico
* Título en Provisión Nacional
* Matricula Profesional
* NIT vigente
 |  |
| **Requisito 2:** Brindar servicios de Psicología en su gabinete el cual debe contar con equipamientoacorde al servicio. (Adjuntar lista de mobiliario de gabinete y sala de espera) |  |
| **Requisito 3:** Brindar servicios de Psicología de lunes a viernes en horarios de: * Mañana 08:00 a 12:00
* Tarde 14:00 a 18:00
* Bajo previa programación de turnos
 |  |
| **Requisito 4:** Usar el Software Medico de la CSBP para todas sus atenciones, por lo que el proveedor adjudicado deberá de contar con Equipo de computación con las siguientes características: * Procesador CORE i5 o superior
* 4 GB en RAM como mínimo
* Espacio en disco duro de 500 GB
* Windows 10 o superior
* Impresora
* Conexión a Internet mínimo 10 Mb
* Contar con Antivirus Actualizado.
 |  |
| **Requisito 5:** El servicio de Psicología será brindado a requerimiento mediante interconsultas y orden de atención generada por las especialidades médicas de la CSBP, por lo cual el proponente ofertará un monto fijo (incluye evaluación Inicial e Informe final del paciente). |  |
| **B. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS PARA EL SERVICIO** |  |
| **Requisito Complementario 1:** En caso de que el profesional adjudicado por razones de fuerza mayor justificable, no pudiera brindar el servicio de Psicología, será responsabilidad del proponente el brindar el servicio con otro profesional de similar especialidad, la CSBP no asumirá gastos ni responsabilidad por este hecho.  |  |
| **Requisito Complementario 2:** En caso de que el profesional adjudicado no brinde el servicio de Psicología ni tampoco asuma la atención con otro profesional, la CSBP podrá contratar otro gabinete de Psicología, replicando los costos erogados al profesional adjudicado bajo contrato. |  |
| **Requisito Complementario 3:** El Profesional adjudicado se compromete a participar de reuniones de coordinación y/o juntas médicas convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común en favor de los asegurados. |  |
| **Requisito Complementario 4:** El Profesional adjudicado se enmarcará dentro su atención en la utilización de medicación dentro la LINAME en caso que así lo requiera, y usar los servicios de apoyo diagnóstico bajo contrato de la CSBP. |  |
| **C. OTROS** |  |
| El profesional deberá Cumplir con: * Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional, y nacional.
* La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud.
* El llenado de las historias clínicas y los registros de atención médica con firma, sello e información oportuna y de calidad registrados tanto en el Expediente Clínico como en el Software Médico de propiedad de la CSBP.
* Utilización de formularios Institucionales correspondientes para requerimiento de material quirúrgico y medicamentos, así como para el descargo de los mismos posterior a la cirugía.
* Dar a conocer al paciente y/o familiares la técnica y metodología a emplear en cada uno de sus pacientes, manteniendo siempre informado a la familia sobre la evolución del paciente.
* Asistir a reuniones de comités, elaborar informes o ser parte de junta medicas que así lo requiera la CSBP.
 |  |

| **REQUISITOS ESTABLECIDOS DEL SERVICIO**  | Para ser llenado por el proponente |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**(Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) |
|
| **D. LUGAR DONDE SE EJECUTARÀ EL SERVICIO** |  |
| Se prestará el servicio de Psicología en:* Gabinete propio bajo previa programación, la cual no deberá de exceder las 72 horas de espera.
 |  |
| **E. AGENTE DE SERVICIO** |  |
| * Registrar sus datos de contacto personal del profesional proponente, tanto móvil como fijo, domicilio.
* Registrar datos de la persona de contacto de confianza con sus números móvil y fijo.
 |  |
| **F. FORMA DE PAGO** |  |
| El servicio de Psicología será cancelado en las fechas de corte de la CSBP, de forma mensual por monto fijo. Requisitos para su cancelación: * Presentar su nota de solicitud de cancelación
* Presentar lista de pacientes atendidos
* Presentar las ordenes de atención o interconsulta
* Factura vigente

La CSBP verificara si todas las evaluaciones están transcritas en SAMI, para dar el visto bueno al pago mensual del servicio. |  |
| **G. MULTAS** |  |
| Se aplicará la multa del 0.3% del monto total del Contrato por cada día de retraso en la entrega del servicio. El total de las multas no podrá exceder en ningún caso el diez por ciento (10%) del monto total del contrato, debiéndose en dicho caso iniciar el proceso de resolución del contrato, aspecto que se indicará al proveedor del servicio en forma inmediata. |  |
| **H. GARANTIAS** |  |
| Se aplicará la garantía de cumplimiento de contrato a primer requerimiento del 7%, que en los servicios por monto fijo se efectúa mediante la retención de este monto mensualmente, de tal manera que al cumplimiento de la vigencia del contrato se procede a su devolución al proveedor adjudicado. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **SELLO DE LA EMPRESA** |  | **NOMBRE Y FIRMA** |