**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA**

**CONTRATACIÓN SERVICIO DE MÉDICO DERMATÓLOGO 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 servicio de Médico Dermatólogo a 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:   * Título Académico Médico Cirujano * Título en Provisión Nacional Médico Cirujano * Matricula Profesional * Certificado de Especialista Dermatólogo o certificado de conclusión de su ASSO.   Presentar fotocopia simple de los documentos enunciados |  |
| **Requisito 2:**  Brindar servicios de Dermatología en Policonsultorio de la CSBP, para asegurados  bajo programación previa. |  |
| **Requisito 3:**  Brindar servicios de Dermatología con procedimientos quirúrgicos, pequeños, medianos y grandes bajo programación en Centros hospitalarios de la CSBP a requerimiento y bajo programación. |  |
| **Requisito 4:**  Usar el Software Medico de la CSBP para todas sus actividades en todos los casos,  debiendo hacerlo en el momento del procedimiento de atención o cirugía, tanto previa  como post intervención, tanto para el descargo de insumos o medicamentos y de la  misma manera para exámenes complementarios como de laboratorio o de  imagenología. |  |
| **Requisito 5:**  El servicio de Dermatología será brindado a requerimiento mediante interconsultas y orden de atención generada por las especialidades médicas de la CSBP. |  |
| **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 Dermatología, 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 Dermatología ni  tampoco asuma la atención con otro profesional, la CSBP podrá contratar otro  especialista dermatólogo, 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. |  |
| **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 Dermatología en:   * Clínicas o centros hospitalarios de Contrato de la CSBP, para cirugías medianas o grandes. * Policonsultorio de la CSBP, consulta externa bajo previa programación. |  |
| **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 Dermatología 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** |