

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SR-CP-019-2025

 **SEGUNDA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECILISTA EXTERNO POR EVENTO** **EN OFTALMOLOGIA (2 AÑOS)”** |

 **Sucre, octubre de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****COMPARACIÓN DE PROPUESTAS SR-CP-019-2025****SEGUNDA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECILISTA EXTERNO POR EVENTO****EN OFTALMOLOGÍA (2 AÑOS)** |
| Tipo de Convocatoria: **Comparación de Propuestas** |
| Forma de adjudicación: **POR EL TOTAL** |
| Sistema de evaluación y adjudicación: **MENOR PRECIO** |
| Encargados de atender consultas: Lic. Yolanda Bejarano Lic. Cecilia Carrasco T.  |
| Correo electrónico: yolanda.bejarano@csbp.com.bo  cecilia.carrasco@csbp.com.bo |
| Teléfono: 75761145 Int. 5206 |

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | **Invitación y publicación de la Solicitud de Propuestas**  | De:21/10/2025 | - | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | **Presentación de Ofertas** | Hasta: 29/10/2025 | Hasta:15:00 | **Presentación Física:** Las propuestas deberán presentarse en instalaciones de la Caja de Salud de la Banca Privada, Recepción de Correspondencia – Oficina Sucre (Calle Azurduy N° 89 Esq. Bolívar)**Presentación Electrónica:** yolanda.bejarano@csbp.com.bocecilia.carrasco@csbp.com.bo |
| 3 | **Apertura de Ofertas.** | Hasta: 30/10/25 | Hasta:Hrs. 15:00 | La apertura de sobres de propuestas se desarrollará en oficinas administrativas de la Calle Azurduy N° 89 (Policonsultorio de la CSBP) |
| 4 | **Evaluación de Propuestas** | Desde el 30/10/2025Hasta el 04/11/2025 | Según disponibilidad de tiempo | En oficinas Administrativa de la CSBP |
| 3 | **Resultado Del Proceso** | 05/11/2025 | Notificación enviada al adjudicado |

(\*) Estas fechas son referenciales y podrán ser modificadas de acuerdo a la necesidad y situaciones que ameriten su modificación.

|  |
| --- |
| **CODIGO DE PROCESO: SR-CP-019-2025** |

**BASES Y CONDICIONES DEL PROCESO (COMPARACIÓN DE PROPUESTAS)**

**CONTRATACIÓN DE MEDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN OFTALMOLOGÍA (2 AÑOS)**

**SEGUNDA CONVOCATORIA**

En cumplimiento al Reglamento de Compras, de la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a los potenciales proponentes, legalmente establecidos en el País, a presentar ofertas para la **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN OFTALMOLOGIA (2 AÑOS).**

**OBJETO:**

Brindar atención especializada e integral, a la población asegurada a la CSBP regional Sucre, mediante la contratación de diversos Profesionales en salud, por tal motivo se requiere lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCION |
| 1 | CONSULTA MEDICA |
| 2 | RECONSULTA |
| 3 | ATENCION EMERGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN |
| 4 | TEST DE FUNCION LAGRIMAL |
| 5 | TEST DE SCHIRMER (PARA OJO SECO) |
| 6 | GONIOSCOPIA  |
| 7 | ECOGRAFIA OCULAR |
| 8 | CAMPIMETRIA COMPUTADA |
|  9 | PAQUIMETRIA CORNEAL |
| 10 | CHALAZION (DRENAJE O APLICACIÓN TRIAMCINOLONA) |
| 11 | PTERIGION (EXCERESIS CON AUTOINJERTO Y ANTIMETABOLITOS) |
| 12 | PTERIGION RECIDIVANTE |
| 13 | PTERIGION DOBLE |
| 14 | CATARATA (EXTRACAPSULAR CON IMPLANTACIÓN DE LENTES) |
| 15 | CLAUCOMA (TRABECULECTOMIA) |
| 16 | EDEMA MACULAR DE CUALQUIER ORIGEN, NEOVASCULARIZACION DE RETINA CON BEVACIZUMAB |
| 17 | OJO SECO (OCLUSION DEFINITIVA DE PUNTOS LAGRIMALES) |
| 18 | ECONOMETRIA, MICROSCOPIA ESPECULAR |
| 19 | TOPOGRAFIA CORNEAL |
| 20 | TEST DE PROVOCACION EN GLAUCOMA |
| 21 | COLOCACION DE PROTESIS PUNTO LAGRIMAL O PUNTUPLASTIA |
| 22 | TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA OCT. |
| 23 | CAPSULOTOMIA POSTERIOR |
| 24 | MICROSCOPIA ESPECULAR |
| 25 | TOMOGRAFIA CORNELA SIRIUS |
| ITEM | DESCRIPCION |
| 26 | CROSS LINKING CORNEAL PARA QUERATOCONO |
| 27 | IMPLANTE DE ANILLOS INTRACORNEALES |
| 28 | OTRAS CIRUGIAS DE ACUERDO A ARANCEL COLEGIO MEDICO |
| 29 | OTROS ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD CON EQUIPAMIENTO DE ACUERDO A PROPUESTA DEL ESPECIALISTA |

1. **FECHA DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**

Las ofertas podrán ser presentadas hasta **hora 15:00 del día miércoles 29 de octubre de 2025,** de forma digital mediante correo electrónico o en físico:

* En caso de que su propuesta sea enviada de forma digital, deberá ser enviada, antes de la fecha límite establecida a los siguientes correos electrónicos: yolanda.bejarano@csbp.com.bo, indicando como referencia **“SR-CP-019-2025 – CONTRATACIÓN DE MEDICO ESPECILISTA EXTERNO POR EVENTO EN OFTALMOLOGIA (2 AÑOS) -SEGUNDA CONVOCATORIA”** la misma deberá contener todos los espacios debidamente llenados.
* En caso de presentar su propuesta en forma física, puede entregarla en la siguiente dirección: Calle Azurduy N° 89 Esq. Bolívar), en sobre cerrado, debidamente rotulado especificando la referencia de la siguiente manera: **“SR-CP-019-2025 – CONTRATACIÓN DE MEDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN OFTALMOLOGIA (2 AÑOS) -SEGUNDA CONVOCATORIA”**
1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR**
2. Hoja de vida documentada. Se debe demostrar la experiencia profesional en la especialidad con certificados o contratos.
3. Fotocopia simple del título Académico y en Provisión Nacional del (la) Profesional invitado y de matrícula profesional.
4. Fotocopia simple del certificado de especialidad.
5. **Formulario Propuesta Técnica:** El proponente debe cumplir con los requisitos de la CSBP. La cotización de la empresa proponente en lo concerniente a las especificaciones técnica, debe ser presentado en el formulario de propuesta técnica. (documento adjunto a esta invitación).
6. **Formulario Propuesta Económica:** La propuesta económica debe ser presentada en el formulario “PROPUESTA ECONOMICA”. La oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos).
7. **SISTEMA DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el menor precio.
8. **Evaluación Económica:** La comisión de calificación en sesión reservada ordenara las propuestas en función al monto de la oferta económica, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor costo, la segunda propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.
9. **Evaluación Técnica:** La Comisión de calificación en sesión reservada, calificara la propuesta con el menor costo, procediendo a revisar la propuesta técnica, bajo el sistema CUMPLE o NO CUMPLE, si la propuesta CUMPLE con todos los requisitos exigidos, queda HABILITADA TECNICAMENTE y se procede a la adjudicación de lo contrario su oferta es INHABILITADA y se evalúa con mismo procedimiento a la Propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.
10. **ADJUDICACIÓN**

La adjudicación será realizada por el total, a la oferta económica más conveniente para la CSBP, siempre y cuando cumplan con las especificaciones técnicas requeridas.

1. **PLAZO DE CONTRATO**

El contrato tendrá un plazo de dos (2) años, a partir de la firma del mismo.

1. **CONTRATO**

El ganador del proceso, para la firma del contrato, deberá presentar:

1. Fotocopia de Cédula de Identidad.
2. Fotocopia NIT
3. Fotocopia Carné Matrícula profesional.
4. **CONSULTAS:**

El proponente podrá efectuar Cualquier consulta, llamando al teléfono 75761145 Int. 5206 Lic. Yolanda Bejarano Contadora Regional a.i. Sucre.

**ANEXO 1**

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA**

**“CONTRATACIÓN DE MEDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN OFTALMOLOGIA (2 AÑOS)”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | **SR-CP-019-2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sucre |  **de octubre 2025** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”: |  | DIRECCIÓN: |  |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **Para ser llenado por el proponente** | **Para la Calificación de la Entidad** |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES (especificar el porqué no cumple)** |
| **SI** | **NO** |
| **CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. La atención se realizará a los pacientes asegurados al CSBP que requieran prestación de servicios médicos, en consulta externa, procedimientos quirúrgicos, exámenes auxiliares y de diagnóstico en la especialidad de **OFTALMOLOGÍA**, tomando en cuenta:
	* Los servicios médicos de consulta externa, exámenes complementarios, tratamientos y procedimientosson ambulatorios y se realizarán en el centro adjudicado.
	* El centro deberá contar con infraestructura y equipamiento necesario para realizar procedimientos quirúrgicos con todas las medidas de bioseguridad establecidas en normativa de salud vigente.
	* Todas las cirugías menores y mayores deberán ser realizadas en dependencias del Centro Oftalmológico con el equipo médico quirúrgico necesario, y serán programados y coordinados con el anestesiólogo que se tiene contrato con la CSBP.
	* La CSBP dotará de medicamentos, insumos médicos y materiales quirúrgicos como ser: hilos de sutura, anestésicos, jeringas, apósitos, etc.
	* En caso de contar con pacientes hospitalizados el médico tratante deberá efectuar visita médica diaria y emitir órdenes respectivas en el Sistema informático SAMI de la CSBP, hasta el alta del paciente, llenado de epicrisis, protocolo quirúrgico e informe médico si corresponde.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **EQUIPAMIENTO DEL CENTRO**

El Centro Oftalmológico debe contar con equipamiento mínimo necesario para realizar atenciones de consulta externa, cirugía menor, tratamientos, estudios de apoyo diagnóstico y exámenes auxiliares, debe dar a conocer en su propuesta los siguientes datos, respecto al equipamiento para la especialidad:* + Equipamiento con el que cuenta para cumplir con las prestaciones ofertadas, adjuntar lista de equipamiento
	+ Instrumental médico necesarios y condiciones de bioseguridad que garanticen las intervenciones quirúrgicas. Detallar.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **AMBIENTES**

Los equipos deben estar ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente, acordes para la realización del estudio, con iluminación natural y artificial suficientes. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **HORARIOS DESIGNADOS PARA ATENCIÓN DE PACIENTES**

Los horarios de atención mínima deben estar comprendidos entre las 08:00 a 20:00 de lunes a viernes, existe la posibilidad de habilitar el horario de sábado de 08:00 a 12:00. Los horarios habilitados deberán ser de uso exclusivo para los asegurados de la CSBP, a finde que no interfiera con su consulta privada, los cuales serán programados por los pacientes en el centro adjudicado | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **UBICACIÓN**

El centro o consultorio médico debe estar ubicado lo más próximo posible al Policonsultorio de la CSBP, a efectos de supervisión y control. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **ACCESIBILIDAD PEATONAL Y VEHICULAR**

Debe contar con buena accesibilidad peatonal y vehicular. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **DISPONIBILIDAD INMEDIATA**

El Centro de Oftalmología debe acreditar disponibilidad de infraestructura y equipamiento y recursos humanos para prestar servicios inmediatamente de firmado el contrato. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **RECURSO HUMANO**

El Centro de Oftalmología debe contar MINIMAMENTE con 1 OFTALMÓLOGO.Adicionalmente, el centro debe contar con una recepcionista (opcional) y una enfermera asistente (opcional) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **OPCIONAL**

El profesional podrá comprender el llenado de registros en la historia clínica electrónica de la CSBP denominada SAMI “Sistema Administrativo Médico Integral” de todas las actividades y procedimientos médicos, previa capacitación por nuestro personal; así como, de contar con conexión de internet para la instalación del programa en ambientes propios del profesional (conexión a través de VPN) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**

El médico tratante en cuanto a la medicación debe tomar los siguientes puntos:* Solo debe descargar medicamentos que le cubra la Seguridad Socia LINAME (Lista Nacional de Medicamentos).
* Dispensación de solo 3 medicamentos en patologías agudas.
* Evitar uso indiscriminado de MEDICAMENTOS.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **ESTUDIOS DE LABORTORIO**

El Proponente solo podrá emitir órdenes médicas para PRUEBAS DE LABORATORIO que le corresponda a cada especialidad. Es imperativo aplicar más clínica y pedir una CANTIDAD MÍNIMA DE PRUEBAS DE LABORATORIO. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **SUPENCIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO**

En caso de que requiera suspender en forma temporal el servicio por causas justificadas, deberá comunicar esta situación a la CSBP con antelación mínima de 5 días hábiles, en caso que sea aceptada la solicitud por jefatura médica, se coordinará de manera interna para ver el procedimiento y emergencia que pueda surgir durante la ausencia. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| **MONTO Y FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| El pago se realiza de manera mensual, por las consultas realizadas por evento. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| El tiempo máximo de retraso para el cobro regular por los servicios brindados, será de dos meses. Pasado el tiempo la CSBP ya no cancelará los servicios brindados. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
|  **PRESENTACION DE INFORMES DE COBRO** |  |  |  |  |
| Los informes de cobro deben ser presentados de forma mensual, del 15 al 18 de cada mes, de acuerdo al siguiente detalle: | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Solicitud de pago, indicando el mes, el monto que cobra y la cuenta a la cual será abonado el pago (Cuenta Personal).
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Factura original, correctamente llenada a nombre de: CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA, con NIT: 1020635028. Si no tiene factura indicar el pago con recibo oficial y retención impositiva (solamente por unos meses) mientras gestiona su factura.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Hoja de resumen de que detalle pacientes atendidos.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. En caso de tener procedimientos quirúrgicos adjuntar protocolo quirúrgico, epicrisis y honorarios médicos que serán otorgados en la CSBP.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
|  **DOCUMENTACION LEGAL ADMINISTRATIVA** |  |  |  |  |
| Para la firma del contrato, el Centro o Profesional, deberá presentar los siguientes documentos:1. **Centros constituidos por una Sociedad**
	1. Fotocopia de Matrícula de Comercio Extendida por SEPREC, vigente.
	2. Fotocopia NIT
	3. Fotocopia C.I. Representante Legal
	4. Fotocopia del Testimonio de Constitución registrada en SEPREC
	5. Testimonio de Poder de Representación debidamente legalizado.
	6. Certificado de Autorización de Funcionamiento el SEDES.
2. **Centros Unipersonales**
	1. Fotocopia C.I. Representante Legal o propietario.
	2. Fotocopia NIT
	3. Título de Especialización y/o sub especialización.
	4. Matrícula del ministerio de Salud.
	5. Matrícula del Colegio Médico.
	6. Título del Colegio médico que avale la especialidad.
	7. Certificado de Autorización de Funcionamiento el SEDES.
3. **Profesionales Independientes:**
	1. Fotocopia C.I. del Profesional.
	2. Fotocopia NIT
	3. Título de Especialización y/o sub especialización.
	4. Matrícula del ministerio de Salud.
	5. Matrícula del Colegio Médico.
	6. Título del Colegio médico que avale la especialidad.
	7. Experiencia laboral de 4 años (adjuntar respaldos)
	8. Certificado de Autorización de Funcionamiento el SEDES.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |
|  |  |  |  |  |

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

**CONTRATACIÓN DE MEDICO ESPECILISTA EXTERNO POR EVENTO EN OFTALMOLOGÍA (2 AÑOS)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sucre** | **de** | **Octubre** | **de 2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”:** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Agradecemos a Ud. detallar su oferta económica para el servicio descrito a continuación, incluyendo impuestos de Ley, la misma deberá incluir máximo 4 decimales: |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO**  | **CANTIDAD** **(EVENTO)** | **MONTO (BS)** **(MES)** |
| 1 | CONSULTA MEDICA | 1 |  |
| 2 | RECONSULTA | 1 |  |
| 3 | ATENCION EMERGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN | 1 |  |
| 4 | TEST DE FUNCION LAGRIMAL | 1 |  |
| 5 | TEST DE SCHIRMER (PARA OJO SECO) | 1 |  |
| 6 | GONIOSCOPIA  | 1 |  |
| 7 | ECOGRAFIA OCULAR | 1 |  |
| 8 | CAMPIMETRIA COMPUTADA | 1 |  |
| 9 | PAQUIMETRIA CORNEAL | 1 |  |
| 10 | CHALAZION (DRENAJE O APLICACIÓN TRIAMCINOLONA) | 1 |  |
| 11 | PTERIGION (EXCERESIS CON AUTOINJERTO Y ANTIMETABOLITOS) | 1 |  |
| 12 | PTERIGION RECIDIVANTE | 1 |  |
| 13 | PTERIGION DOBLE | 1 |  |
| 14 | CATARATA (EXTRACAPSULAR CON IMPLANTACIÓN DE LENTES)**No incluye lente intraocular** | 1 |  |
| 15 | CLAUCOMA (TRABECULECTOMIA) | 1 |  |
| 16 | EDEMA MACULAR DE CUALQUIER ORIGEN, NEOVASCULARIZACION DE RETINA CON BEVACIZUMAB | 1 |  |
| 17 | OJO SECO (OCLUSION DEFINITIVA DE PUNTOS LAGRIMALES) | 1 |  |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO**  | **CANTIDAD** **(EVENTO)** | **MONTO (BS)** **(MES)** |
| 18 | ECONOMETRIA, MICROSCOPIA ESPECULAR | 1 |  |
| 19 | TOPOGRAFIA CORNEAL | 1 |  |
| 20 | TEST DE PROVOCACION EN GLAUCOMA | 1 |  |
| 21 | COLOCACION DE PROTESIS PUNTO LAGRIMAL O PUNTUPLASTIA | 1 |  |
| 22 | TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA OCT. | 1 |  |
| 23 | CAPSULOTOMIA POSTERIOR | 1 |  |
| 24 | MICROSCOPIA ESPECULAR | 1 |  |
| 25 | TOMOGRAFIA CORNELA SIRIUS | 1 |  |
| 26 | CROSS LINKING CORNEAL PARA QUERATOCONO | 1 |  |
| 27 | IMPLANTE DE ANILLOS INTRACORNEALES**No incluyen anillos** | 1 |  |
| 28 | OTRAS CIRUGIAS DE ACUERDO A ARANCEL COLEGIO MEDICO(-/+ % U.A. Aranceles del Colegio Médico) % de descuento del proponente | 1 |  |
| 29 | OTROS ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD CON EQUIPAMIENTO DE ACUERDO A PROPUESTA DEL ESPECIALISTA(+/- % U.A. Aranceles del Colegio Médico) % de descuento del proponente | 1 |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Sucre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **de** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **de 2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |

**NOTA. - En caso de procedimiento quirúrgico:**

1. **El costo ofertado debe incluir la consulta de valoración, la cirugía o procedimiento y el seguimiento post quirúrgico hasta el alta médica.**
2. **En caso de que el costo de la cirugía/procedimiento sea acorde a los aranceles médicos vigentes indicar el % de descuento ofertado.**