

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SR-CP-020-2025

**PRIMERA CONVOCATORIA**

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

**Sucre, octubre de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPARACIÓN DE PROPUESTAS SR-CP-020-2025**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **“CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO**  **EN ENDOCRINOLOGIA (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](mailto: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:  31/10/2025 | 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.bo](mailto:yolanda.bejarano@csbp.com.bo)  cecilia.carrasco@csbp.com.bo |
| 3 | **Apertura de Ofertas.** | Hasta:  04/11/25 | Hasta:  Hrs. 16:00 | 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 04/11/2025  Hasta el 07/11/2025 | Según disponibilidad de tiempo | En oficinas Administrativa de la CSBP |
| 3 | **Resultado Del Proceso** | 10/11/2025 | | 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-020-2025** |

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

**“CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO**

**EN ENDOCRINOLOGIA (2 AÑOS)”**

**PRIMERA 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 MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ENDOCRINOLOGIA (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 | CANTIDAD |
| 1 | **CONSULTA MEDICA** | 1 |
| 2 | **RECONSULTA** | 1 |
| 3 | **INFORME MEDCIO** | 1 |
| 4 | **ATENCION DOMICILIARIA/ HOSPITALARIA/JUNTA MEDICA** | 1 |

1. **FECHA DE PRESENTICIÓN DE PROPUESTAS**

Las ofertas podrán ser presentadas hasta **hora 15:00 del día viernes 31 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](mailto:yolanda.bejarano@csbp.com.bo), indicando como referencia **“SR-CP-020-2025 – CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ENDOCRINOLOGIA (2 AÑOS) -PRIMERA 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-020-2025 – CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ENDOCRINOLOGIA (2 AÑOS) – PRIMERA 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 MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO**

**EN ENDOCRINOLOGÍA (2 AÑOS)”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **SR-CP-020-2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sucre | **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** |
| 1. **CARACTERISTICAS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. Atención a asegurados de la CSBP en la especialidad de **ENDOCRINOLOGÍA** en consulta privada, y hospitalización en centros contratados por la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. La atención se realizará a los pacientes que requieran atención en especialidad de **ENDOCRINOLOGIA** tanto en: Consulta Externa, Hospitalización y de forma ambulatoria, todo el mes según necesidad y emergencia durante el tiempo que dure el contrato. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. El médico **ENDOCRINÓLOGO** debe registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el **SAMI**, para lo cual estará disponible equipos en el hospital o clínica contratados. En el Sistema (SAMI) se debe registrar **TODA LA INFORMACIÓN** emergente de la atención del paciente en las historias clínicas, los relatos operatorios, evoluciones, etc. Ordenes medicas de laboratorio y gabinetes, recetas luego sellar y firmar. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Según Normativa Nacional, el proponente, médico tratante **es el único que debe registrar en la Historia Clínica, “todos”** los medicamentos utilizados, las pruebas de laboratorio realizadas, los estudios complementarios (RX, ecografías, TAC, otros) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Todas las **ALTAS HOSPITALARIAS** deben ser realizados ANTES DEL MEDIODIA. Después del mediodía, es un costo adicional para la CSBP y punto en contra de médico infractor con riesgo de que el médico pueda cancelar el día adicional de internación. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **Todos los medicamentos** que se deben utilizar en el tratamiento de los asegurados deben estar basados en la lista **LINAME,** se recomienda el uso racionalizado de medicación como máximo 3 medicamentos. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. El proponente si requerirá estudios como **RESONANCIA MAGNETICA Y TOMOGRAFIAS** debe coordinar previamente con jefatura médica para su autorización. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. El proponente solo podrá emitir ordenes médicas de las **PRUEBAS DE LABORATORIO** que le corresponda a cada especialidad. Es imperativo aplicar más clínica y pedir una **CANTIDAD MINIMA DE PRUEBAS DE LABORATORIO.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Los profesionales que se postulen deben estar dispuestos a coordinar junto con todos los especialistas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. El profesional debe realizar informes médicos y participar en junta médica a requerimiento de la Institución. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **CONDICIONES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. **LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERCICIO** |  |  |  |  |
| Consultorio privado, policonsultorio, clínica y Hospitalización contratadas por la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **MONTO Y FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| El pago se realiza por **EVENTO** de manera mensual, para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el centro/profesional debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes, adjunto las ordenes de atención y detalle de pacientes atendidos. | 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 |  |  |  |
| 1. **PRESENTACION DE INFORMES DE COBRO** |  |  |  |  |
| Los informes de cobro deben ser presentados de forma mensual por atenciones realizadas del 19 del anterior mes al 18 del presente, fecha de presentación (día 20) recaiga en fin de semana, la presentación recorre al día hábil del 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 debe indicar el pago con recibo oficial y retención impositiva (solamente unos meses) mientras gestiona su factura. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Hoja de resumen de atenciones que debe detallar:    1. Pacientes en consulta externa.    2. Pacientes hospitalizados. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL** |  |  |  |  |
| 1. **PERFIL PROFESIONAL** |  |  |  |  |
| 1. Formación profesional en la especialidad de Endocrinología. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Experiencia Especifica Mínima: Dos años de experiencia laboral (En caso de los médicos, se considera el año ASO como un año de experiencia laboral). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Actitud positiva y buen trato al usuario. Que tenga calidad y calidez en la atención al paciente y al personal de salud, solidos valores éticos, morales y responsabilidad. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sucre, \_\_\_\_\_\_** | **de** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **De2025** |  |

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

**“CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO**

**EN ENDOCRINOLOGÍA (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 | **COSTO CONSULTA MEDICA** | | 1 |  | |
| 2 | **COSTO RECONSULTA** | | 1 |  | |
| 3 | **COSTO INFORME MÉDICO** | | 1 |  | |
| 4 | **COSTO ATENCIÓN DOMICILIARIA /HOSPITALARIA / JUNTA MEDICA** | | 1 |  | |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Sucre, \_\_\_\_\_\_** | **de** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **De2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |