

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SR-CP-021-2025

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE** **RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE POR EVENTO (2 AÑOS)”** |

 **Sucre, octubre de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****COMPARACIÓN DE PROPUESTAS SR-CP-021-2025****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE****RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE POR EVENTO (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: 69671156 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 05/11/2025 | Según disponibilidad de tiempo | En oficinas Administrativa de la CSBP |
| 3 | **Resultado Del Proceso** | 06/11/2025 | 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-021-2025** |

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

**“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE**

**RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE POR EVENTO (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 SERVICIOS DE ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE (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 | ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE  |

1. **FECHA DE PRESENTICIÓN 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/cecilia.carasco@csbp.com.bo, indicando como referencia **“SR-CP-021-2025 – CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE (2 AÑOS)”.** 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-021-2025 – CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE (2 AÑOS)”.**
1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR**
2. **PARA SOCIEDADES:**
3. Testimonio de Constitución Social de la empresa, registrad en SEPREC.
4. Testimonio de Poder de Representante Legal registrado en SEPREC.
5. Documento de identidad del Representante Legal (vigente)
6. Número de Identificación Tributaria (NIT)
7. Matrícula de inscripción en el SEPREC
8. Resolución de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES.
9. **EMPRESAS UNIPERSONALES**
10. Testimonio de Poder de Representante Legal registrado en SEPREC.
11. Documento de identidad del Representante Legal (vigente)
12. Número de Identificación Tributaria (NIT)
13. Matrícula de SEPREC
14. Resolución de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES.
15. **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).
16. **Formulario Propuesta Económica:** La propuesta económica debe ser presentada en el formulario “PROPUESTA ECONOMICA”. La oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos).
17. **SISTEMA DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el menor precio.
18. **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.
19. **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.
20. **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, documentación original presentada en el presente proceso

1. **CONSULTAS:**

El proponente podrá efectuar Cualquier consulta, llamando al teléfono 69671156 Int. 5206 Lic. Yolanda Bejarano Contador Regional a.i.

**ANEXO 1**

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA**

**“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE**

**RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE POR EVENTO (2 AÑOS)”**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | **SR-CP-021-2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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** |
| **LUGAR Y CARACTERISTICAS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPAMIENTO DEL CENTRO**

El Centro Imagenológico debe contar con equipamiento necesario para realizar las atenciones de servicios de resonancias magnéticas con contraste, de acuerdo a su oferta presentada. **RESONADOR MAGNÉTICO*** Mesa de paciente
* Configuración de magneto de 1,5T/Bore (diámetro)>60 cm
* Sistema Digital > 16 canales de procesamiento
* Homogeneidad de campo (30 cm DSV ppm) típico < 0.5
* Tecnología 0 Boil Off
* Sistema Gradiente
* Transmisión y recepción de RF
* Bobinas requeridas para: columna, Cabeza y/o cuello, torso, mama, hombro, bobona flexible o dedicada para rodilla, bobina flexible o dedicada para la anatomía de pie-tobillo.
* Bobinas flexibles
* Softtware y otras aplicaciones

***No siendo los mismos restrictivos dentro la oferta a presentar, debiendo detallar los equipos adicionales con los que cuente.*** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **CARACTERISTICAS DEL SERVICIO**

El Centro contratado debe contar con el material e insumos médicos necesarios y las condiciones de bioseguridad que garanticen las condiciones del servicio. La CSBP dotará de medicamentos, insumos médicos y materiales quirúrgicos como ser: contrastes, insumos, etc. En caso de que la CSBP no contara con algún material que sea indispensable para la realización del estudio, éstos serán proporcionados por el centro de imagen previa consulta y solicitud escrita a Jefatura Médica, para lo cual, el especialista está en la obligación de realizar su requerimiento de dotación de insumos, material y/o medicamentos, antes del servicio a realizar. Para proceder con la cancelación, los costos serán revisados por la Jefatura Médica de la CSBP, quien coordinará directamente con el centro en caso de existir discrepancias.El Centro de imagen debe realizar el registro de los resultados en el Sistema Informático SAMI de la CSBP, tanto para los pacientes de consulta externa como para pacientes hospitalizados, para lo cual recibirá la capacitación correspondiente.  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **MOBILIARIO ACORDE A UN CENTRO DE LA ESPECIALIDAD**

Los equipos deben estar ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **EQUIPAMIENTO INFORMATICO**

El Centro a ser contratado debe contar con servicio de Internet de 256 Mbps – ADSL para el funcionamiento del Sistema SAMI, de propiedad de la CSBP, que será instalado por la Unidad de Tecnología e Innovación de la CSBP, con la finalidad de que se registren los datos de la consulta médica en la Historia Clínica informatizada en tiempo real.El Centro deberá dotar de un equipo de computación por profesional con las siguientes características, a fin de que soporte el funcionamiento del Sistema SAMI: * Procesador Core i5 ó superior
* Memoria RAM de 4 Gb
* Disco Duro de 500 Gb ó superior
* Windows 8.1 ó superior

El personal del Centro debe estar predispuesto a recibir capacitación para el uso obligatorio del Sistema SAMI. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **RECURSO HUMANO**

El centro debe contar con uno (1) o más profesionales de acuerdo al ítem al cual vayan a presenta su propuesta y de acuerdo al requerimiento de la CSBP. Los profesionales den ser acreditados por la sociedad de Imagenología (Curriculum vitae).Adicionalmente, el centro debe contar con una recepcionista y una enfermera asistente. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **HORARIOS DESIGNADOS PARA ATENCIÓN DE PACIENTES**

Los horarios de atención deben comprendidos entre 08:00 a 22:00 de lunes a viernes, sábados de acuerdo a coordinación. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **PRESENTECION INFORMES TECNICOS**

El centro debe presentar: PLACA+CD+INFORME | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **UBICACIÓN**

El Centro debe encontrarse ubicado en área céntrica de la ciudad, 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, además de guardia de seguridad, a objeto de velar por la integridad de las movilidades de los usuarios. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO.**

En caso de que el Centro requiera suspender en forma temporal el servicio por causas justificadas (mantenimiento de equipos u otros similares), deberá comunicar esta situación a la CSBP con una antelación mínima de 7 días hábiles, e indicar el nombre del Centro donde se realizarán los estudios que sean requeridos, sin que esto genere costo adicional a la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| **PRESENTACION DE INFORMES DE COBRO** |  |  |  |  |
| Los informes deben ser presentados de forma mensual 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 bancaria a la cual será abonado el pago.
 | 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
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. Hoja de resumen de atenciones y de cobro según formato CSBP, adjuntando órdenes de solicitud de servicios auxiliares.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| **MONTO Y FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| El servicio se realizará por evento por lo que el Monto Mensual será variable, el monto total resultará de la cantidad de estudios realizados multiplicados por el costo establecido previamente para cada estudio en la propuesta del proveedor y aceptada por la CSBP.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 |  |  |  |
| Las órdenes de servicio que no sean presentadas y cobradas en el periodo correspondiente, no serán reconocidas ni canceladas por la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| **DOCUMENTACIÓN LEGAL ADMINISTRATIVA** |  |  |  |  |
| 1. **PARA SOCIEDADES:**
	* Escritura de Constitución social
	* Poder de Representante Legal
	* Documento de identidad del Representante Legal
	* Número de identificación Tributaria.
	* Matrícula de SEPREC
	* Certificado de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **PARA EMPRESAS UNIPERSONALES:**
	* Poder de Representante Legal
	* Documento de identidad del Representante Legal
	* Número de identificación Tributaria.
	* Matrícula de SEPREC
	* Certificado de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES.
 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| Si el Centro o persona no cuenta con Certificado de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES, podrá presentar una nota escrita comprometiéndose a efectuar el trámite correspondiente en caso de adjudicación. La CSBP incluirá una cláusula en el contrato otorgando 90 días calendario al centro adjudicado para que efectúe el trámite correspondiente. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO** |  |  |  |  |
| Se efectuará la retención del 7% del monto mensual consumido como garantía de cumplimiento de contrato de tal manera que al cumplimiento de la vigencia del mismo y habiendo cumplido con todo el objeto del contrato se procederá a su devolución, previo informe de conformidad de la unidad solicitante. | 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 SERVICIOS DE ESTUDIOS DE**

**RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE POR EVENTO (2 AÑOS)”**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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)**  |
| **RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CON CONTRASTE** |
| 1 | DE CEREBRO | 1 |    |
| 2 | ÓRBITAS | 1 |  |
| 3 | OIDO | 1 |  |
| 4 | HIPOFISIS | 1 |  |
| 5 | MACIZO FACIAL | 1 |  |
| 6 | ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR | 1 |  |
| 7 | COLUMNA CERVICAL | 1 |  |
| 8 | COLUMNA DORSAL | 1 |  |
| 9 | COLUMNA LUMBO SACRA | 1 |  |
| 10 | COLUMNA TOTAL (TRES ESTUDIOS) | 1 |  |
| 11 | MAMAS | 1 |  |
| 12 | ABDOMEN | 1 |  |
| 13 | COLANGIO RM | 1 |  |
| 14 | CADERA OSEA | 1 |  |
| 15 | PELVIS | 1 |  |
| 16 | HOMBRO | 1 |  |
| 17 | CODO | 1 |  |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | **CANTIDAD** **(EVENTO)** | **MONTO (BS)**  |
| **RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CON CONTRASTE** |
| 18 | MUÑECA | 1 |  |
| 19 | MANO | 1 |  |
| 20 | RODILLA | 1 |  |
| 21 | TOBILLO | 1 |  |
| 22 | PIE | 1 |  |
| 23 | DEDO | 1 |  |
| 24 | MUSLO | 1 |  |
| 25 | PIERNA | 1 |  |
| 26 | ANGIO RM DE CEREBRO | 1 |  |
| 27 | ANGIO RM DE CAROTIDAS | 1 |  |
| 28 | ANGIO RM DE MIEMBROS INFERIORES/SUPERIORES | 1 |  |
| 29 | ANGIO RM AORTA ABDOMINAL | 1 |  |
| 30 | TORAX | 1 |  |
| 31 | OBSTETRICA (VALORACIÓN DE MALFORMACIONES) | 1 |  |
|  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Sucre -------------** | **de** | **-------------** | **de 2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |