

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SR-CP-022-2025

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGIA**  **POR EVENTO (2 AÑOS)”** |

**Sucre, octubre de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPARACIÓN DE PROPUESTAS SR-CP-022-2025**  **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 NEUROFISIOLOGIA**  **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](mailto: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:  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:  04/11/2025 | 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 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-022-2025** |

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

**“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGIA 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 NEUROFISIOLOGIA POR EVENTO (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 | ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL |
| 2 | ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL |
| 3 | VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA Y ELECTROMIOGRAFIA DE 2 EXTREMIDADES (VCN Y EMG) |
| 4 | VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA Y ELECTROMIOGRAFIA DE 4 EXTREMIDADES (VCN Y EMG) |
| 5 | POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (PEV) |
| 6 | ELECTRORETINOGRAMA |
| 7 | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE 2 ESTREMIDADES (PESS 2 ESTR) |
| 8 | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE 2 ESTREMIDADES (PESS 4 ESTR) |
| 9 | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DERMATOMALES (PESD) |
| 10 | POTENCIALES COGNITIVOS |
| 11 | ESTUDIO DE TEMBLOR |
| 12 | ESTIMULACION REPETITIVA |
| 13 | NEURONOGRAFIA DE FACIAL |
| 14 | ESTUDIO DE SUEÑO PROLONGADO |

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-022-2025 – CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGIA POR EVENTO (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-011-2025 – CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGIA POR EVENTO (2 AÑOS)”.**

1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR**
2. **PARA SOCIEDADES:**
3. Escritura de Constitución Social.
4. Poder de Representante Legal.
5. Documento de identidad del Representante Legal (vigente)
6. Número de Identificación Tributaria (NIT)
7. Matrícula de SEPREC
8. Certificado de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES.
9. **EMPRESAS UNIPERSONALES**
10. Poder de Representante Legal.
11. Documento de identidad del Representante Legal (vigente)
12. Número de Identificación Tributaria (NIT)
13. Matrícula de SEPREC
14. Certificado de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES
15. **PERSONA NATURAL**
16. Documento de identidad del Profesional (vigente)
17. Número de Identificación Tributaria (NIT)
18. Matrícula de SEPREC
19. Certificado de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES
20. **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).
21. **Formulario Propuesta Económica:** La propuesta económica debe ser presentada en el formulario “PROPUESTA ECONOMICA”. La oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos).
22. **SISTEMA DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el menor precio.
23. **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.
24. **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.
25. **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 Sucre a.i.

**ANEXO 1**

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA**

**“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGIA POR EVENTO (2 AÑOS)”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **SR-CP-022-2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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** |
| **I. OBJETO DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| Brindar apoyo diagnóstico especializado mediante la realización de estudios neurofisiológicos que permitan evaluar el funcionamiento del sistema nervioso central y periférico, contribuyendo al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diversas patologías neurológicas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| **II. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. **ALCANCE DEL SERVICIO:**   El servicio de NEUROFISIOLOGÍA deberá incluir la realización e interpretación de los siguientes estudios:   * Electroencefalograma (EEG) convencional y prolongado. * Electromiografía (EMG) y estudios de velocidad de conducción nerviosa (VCN). * Potenciales Evocados (auditivos, visuales y somatosensoriales) * Monitoreo intraoperatorio neurofisiológico, cuando corresponda. * Polisomnografía (en centros que cuenten con unidad del sueño). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **REQUERIMIENTOS DEL PERSONAL**   El servicio deberá contar con profesionales con formación y experiencia en el área:   * 1 médico especialista en neurofisiología clínica y neurología con capacitación certificada en estudios neurofisiológicos. Adjuntar las siguientes certificaciones:   + Título académico y Provisión Nacional.   + Título de especialidad   + Matrícula profesional (avalado por el colegio médico)   + Certificados de respaldo * 1 personal asistente técnico. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **REQUERIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA**   El ambiente debe cumplir condiciones adecuadas para la realización de estudio neurofisiológicos:   * Sala aislada del ruido y con control de iluminación. * Camilla ergonómica y sillas cómodas. * Área de espera para pacientes y acompañantes. * Condiciones de bioseguridad e higiene adecuadas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **EQUIPAMIENTO MINIMO REQUERIDO**   El servicio debe disponer, como mínimo, del siguiente equipamiento:   * Equipo EEG digital * Equipo EMG/VCN con electrodos de superficie y de aguja. * Sistema de potenciales evocados (auditivos, visuales y somatosensoriales) * Monitor, impresora y respaldo de datos. * UPS o generador eléctrico de respaldo. | 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. **REQUERIMIENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD**  * Cumplimiento de protocolos estandarizados para cada estudio. * Registro y archivo digital de los informes * Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. * Cumplimiento de normas de bioseguridad y confidencialidad. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **RESULTADOS ESPERADOS**  * Apoyo diagnóstico oportuno y preciso en patologías neurológicas. * Optimización del manejo clínico de pacientes neurológicos y quirúrgicos. * Mejora de la calidad de atención y reducción de derivaciones externas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **HORARIOS DESIGNADOS PARA ATENCIÓN DE PACIENTES**   Los horarios de atención deben estar comprendido entre las 08:00 a 22:00 de lunes a viernes, sábados de acuerdo a coordinación.  Lo horarios habilitados deberán ser de uso exclusivo para los asegurados de la CSBP, a fin de que no interfiera con su atención privada. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **UBICACIÓN**   El Centro debe encontrarse 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. **COSTO DE LOS SERVICIOS**   Será bajo la modalidad de monto por evento para la atención de la población asegurada a la CSBP | 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 de 7 días hábiles. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |  |
| 1. **PRESENTACIÓN DE INFORMES – RESULTADOS DE ESTUDIOS**   El centro deberá entregar: REPORTE DE ESTUDIO + INFORME FIRMADO Y SELLADO | 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 el 20 de cada mes (por estudios realizados durante el 19 del mes anterior al 18 del presente 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. | 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 pago se realiza 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, adjuntado las órdenes 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 |  |  |  |

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

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

**“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGIA 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)**  **(MES)** | |
| 1 | ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL | | 1 |  | |
| 2 | ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL | | 1 |  | |
| 3 | VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA Y ELECTROMIOGRAFIA DE 2 EXTREMIDADES (VCN Y EMG) | | 1 |  | |
| 4 | VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA Y ELECTROMIOGRAFIA DE 4 EXTREMIDADES (VCN Y EMG) | | 1 |  | |
| 5 | POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (PEV) | | 1 |  | |
| 6 | ELECTRORETINOGRAMA | | 1 |  | |
| 7 | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE 2 ESTREMIDADES (PESS 2 ESTR) | | 1 |  | |
| 8 | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE 2 ESTREMIDADES (PESS 4 ESTR) | | 1 |  | |
| 9 | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DERMATOMALES (PESD) | | 1 |  | |
| 10 | POTENCIALES COGNITIVOS | | 1 |  | |
| 11 | ESTUDIO DE TEMBLOR | | 1 |  | |
| 12 | ESTIMULACION REPETITIVA | | 1 |  | |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | | **CANTIDAD**  **(EVENTO)** | **MONTO (BS)**  **(MES)** | |
| 13 | NEURONOGRAFIA DE FACIAL | | 1 |  | |
| 14 | ESTUDIO DE SUEÑO PROLONGADO | | 1 |  | |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Sucre -------------** | **de** | **-------------** | **de 2025** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |