

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SR-CP-003-2024

**PRIMERA CONVOCATORIA**

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

**Sucre, enero de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPARACIÓN DE PROPUESTAS SR-CP-0003-2023**  **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 ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (2 AÑOS)”** |
| Tipo de Convocatoria: Comparación de Propuestas |
| Forma de adjudicación: POR LA TOTALIDAD |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Lic. Francisco Guzmán C.  Lic. Yolanda Bejarano R. |
| Correo electrónico: [francisco.guzman@csbp.com.bo](mailto:francisco.guzman@csbp.com.bo)  [yolanda.bejarano@csbp.com.bo](mailto:yolanda.bejarano@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 464-54937 int. 5206 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación de la Solicitud de Propuestas | De:  24/01/2024 | Hasta:  15:30 | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | Presentación de Ofertas | Hasta:  02/02/2024 | Hasta:  15:00 | **Presentación Electrónica:** [francisco.guzman@csbp.com.bo](mailto:francisco.guzman@csbp.com.bo)  Yolanda.bejarano@csbp.com.bo |
| 3 | Resultado Del Proceso | 07/02/2024 | | 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-003-2024** |

**INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS PARA**

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

**DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (2 AÑOS)”**

En cumplimiento al Reglamento de Compras, Articulo 17 Modalidades de Contratación, de la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a los potenciales proponentes, legalmente establecidas en el País, que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso para la **CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (2 AÑOS).**

**FECHA DE PRESENTICIÓN DE PROPUESTAS**

Las ofertas podrán ser presentadas hasta **hora 15:00 del día viernes 26 de enero de 2024,** 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: [francisco.guzman@csbp.com.bo](mailto:francisco.guzman@csbp.com.bo), indicando como referencia **“SR-CP-003-2024 – “CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (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-003-2024 – “CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (2 AÑOS)”.**

1. **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 | COSTO DE CONSULTA MEDICA | 1 |
| 2 | COSTO DE RE CONSULTA MEDICA | 1 |
| ITEM | **ESTUDIOS REQUERIDOS (INDICAR ESTUDIOS QUE REALIZA EN LA ESPECIALIDAD SI CORRESPONDE)** | **CANTIDAD** |
| 1 | BIOPSIA | 1 |
| 2 | ANALÍTICA COMPLETA | 1 |
| 3 | ECOPAF | 1 |
| 4 | DRENAJE PERCUTANEO | 1 |
| 5 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (SEGÚN ARANCEL DEL COLEGIO DE ODONTOLOGIA | 1 |

1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR**
2. Carta de postulación
3. Hoja de vida documentada. Se debe demostrar la experiencia profesional en la especialidad con certificados o contratos.
4. Fotocopia simple del título Académico y en Provisión Nacional del (la) Profesional invitado y de matrícula profesional.
5. Fotocopia simple del certificado de especialidad.
6. Fotocopia del carnet de identidad.
7. Fotocopia de NIT (deseable).
8. Propuesta Técnica: El proponente debe presentar el formulario de “PROPUESTA TECNICA” (Anexo 1) manifestando expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento, debidamente firmado
9. Propuesta económica: La propuesta económica debe ser presentada en el formulario “PROPUESTA ECONOMICA” (Anexo 2). La oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos) y deberá incluir los costos adicionales, la CSBP no reconocerá pagos adicionales que no estén incluidos en sus propuestas.
10. **METODOS DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el menor precio.
11. **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.
12. **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.
13. **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.

1. **CONTRATO**

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

* Fotocopia de Cédula de Identidad.
* Fotocopia C.I.
* Fotocopia carnét Matrícula Profesional
* Documentación original y respaldos con el propósito de verificar la autenticidad de la documentación presentada.

1. **CONSULTAS:**

El proponente podrá efectuar Cualquier consulta, llamando al teléfono 464-54937 Lic. Francisco Guzmán C. Contador Regional Sucre.

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **SR-CP-003-2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sucre | **enero 2024** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”: |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (2 AÑOS)**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna OFRECIDO las características de los diferentes ítems.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PROPUESTA** | **OBSERVACIONES** |
| **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** |
| *1.* | **LUGAR DE SERVICIO** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| Consulta privada, policonsultorio, clínica y Hospitalización contratadas por la CSBP. |
| *2.* | La atención se realizará a los pacientes que requieran atención en especialidad de **CIRUGÍA MAXILOFACIAL** tanto en hospitalización como 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 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *3.* | El médico especialista en **CIRUGÍA MAXILOFACIAL** debe registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el **SAMI**, para lo cual estará disponible equipos en del Hospital o clínica contratado. 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 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *4.* | 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 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *5.* | Es obligatorio el **REGISTRO** de la información en el SAMI, solo se cancelará al médico tratante cuando se verifique el correcto llenado de la información en la H.CL. del SAMI. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del SAMI. |
| Los proponentes no podrán rehusarse a este requisito como tampoco a la capacitación en el caso de necesitarla. |
| *6.* | Todas las **ALTAS HOSPITALARIAS** deben ser realizadas ANTES DEL MEDIODÍA. Después del mediodía, es un costo adicional para la CSBP y puntos 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 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *7.* | **Todos los medicamentos** que se deben utilizar en el tratamiento de los asegurados deben estar basados en la lista **LINAM**E, solo en casos excepcionales se puede llenar el formulario 016 (con tres Justificaciones – eficacia comprobada, que no exista alternativa de medicamentos y que no exista riesgos y estar autorizado por Jefatura Medica) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *8.* | El proponente solo podrá emitir ordenes medicas de las P**RUEBAS 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 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *9.* | Los profesionales que se postulen deben estar dispuesto a coordinar junto con todos los especialistas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *10.* | Los profesionales deben 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 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *11.* | **PRESENTACIÓN DE INFORMES DE COBRO.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| 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 se recorre al día siguiente hábil del mes, de acuerdo al siguiente detalle: |
| Un folder con su fastenes incluyendo. |
| Solicitud de pago, indicando el mes y el monto que cobra y la cuenta a la cual será abonado el pago (cuenta personal).  Si no tiene factura debe indicar el pago con recibo oficial y retención impositiva (solamente por unos meses) mientras gestiona su factura. |
| Fotocopia de aranceles. |
| Factura original, correctamente llenada. A nombre de: Caja de Salud de la Banca Privada, con NIT: 1020635028. |
| Hoja resumen de atenciones y de cobro según formato CSBP. |
| *13.* | **MONTO Y FORMA DE PAGO** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| El pago se realiza por evento y de forma mensual, para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el Centro/profesional debe presenta la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes, adjuntando las órdenes de atención y detalle de pacientes atendidos. |
| El tiempo máximo de retraso para el cobro regular por los servicios brindados, será de dos meses. Pasado este tiempo la CSBP ya no cancelara los servicios brindados. |
| *14.* | **PERFIL PROFESIONAL** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| 1) Formación profesional en la especialidad de **CIRUGÍA MAXILOFACIAL** CON ANTIGUIEDAD DE 2 AÑOS. |
| 2) Experiencia Especifica Mínima: Dos años de experiencia laboral (en caso de los médicos se considera el año ASO como 1 año de experiencia laboral). |
| 3) Actitud positiva y buen trato al usuario. – Que tenga actitud positiva, calidad y calidez en la atención al paciente y al personal de salud, solidos valores éticos, morales y responsabilidad. |

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO POR EVENTO EN ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (2 AÑOS)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sucre** | |  | **de enero** |  | | **de 2024** |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”:** | |  | | |  | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | | | | |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | | | **CANTIDAD** | **MONTO FIJO UNITARIO (BS)** | | **MONTO TOTAL** | |
| 1 | COSTO DE CONSULTA MEDICA | | | 1 |  | |  | |
| 2 | COSTO DE RE CONSULTA MEDICA | | | 1 |  | |  | |
| **Nº** | **ESTUDIOS REQUERIDOS (INDICAR ESTUDIOS QUE REALIZA EN LA ESPECIALIDAD SI CORRESPONDE)** | | | **CANTIDAD** | **MONTO FIJO UNITARIO (BS)** | | **MONTO TOTAL** | |
| 1 | BIOPSIA | | | 1 |  | |  | |
| 2 | ANALÍTICA COMPLETA | | | 1 |  | |  | |
| 3 | ECOPAF | | | 1 |  | |  | |
| 4 | DRENAJE PERCUTANEO | | | 1 |  | |  | |
| 5 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (SEGÚN ARANCEL DEL COLEGIO DE ODONTOLOGIA | | | 1 |  | |  | |
|  |  |  | | | | | |  |
|  |  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
| Validez de la oferta: | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | **Sucre -------------** | | **de** | **-------------** |  | | **de 2024** |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |