

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### SR-CP-07-2024

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO”** |

**Sucre, abril 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPARACIÓN DE PROPUESTAS SR-CP-007-2024**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **“COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO”** |
| 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. |
| Correo electrónico: [francisco.guzman@csbp.com.bo](mailto:francisco.guzman@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:  25/04/2024 | - | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | Presentación de Ofertas | Hasta:  29/04/2024 | Hasta:  12:00 | **Presentación Electrónica:** [francisco.guzman@csbp.com.bo](mailto:francisco.guzman@csbp.com.bo) |
| 3 | Resultado Del Proceso | \*30/04/2024 | | 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-007-2024** |

**INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS PARA**

**“COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO”**

En cumplimiento al Reglamento de Compras, Articulo 15 Modalidades de Contratación, de la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a los potenciales proponentes, legalmente establecidos en el País, que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso para la **COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO.**

**FECHA DE PRESENTICIÓN DE PROPUESTAS**

Las ofertas podrán ser presentadas hasta **hora 12:00 del día lunes 29 de abril 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-007-2024 – COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X EVENTO** 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-007-2024 – COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO.**

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 |
| 1 | **COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO** |

1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR**
2. Fotocopia del carnet de identidad representante legal
3. Fotocopia de NIT (deseable).
4. Formulario de aceptación de las condiciones establecidas (Anexo 1)
5. Propuesta Técnica: El proponente debe presentar el formulario de “PROPUESTA TECNICA” (Anexo 2) manifestando expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento, debidamente firmado
6. Propuesta económica: La propuesta económica debe ser presentada en el formulario de “PROPUESTA ECONOMICA” (Anexo 3). 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.
7. **METODOS 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 ocho (8) meses, durante el periodo mayo a diciembre de 2024.

1. **CONTRATO**

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

* Centros constituidos por una Sociedad y Unipersonales
  + Resolución de Autorización de funcionamiento emitido por el SEDES
  + Número de Identificación Tributaria (NIT)
  + Cédula de identidad del Representante Legal
* Profesionales Independientes
  + Título en Provisión Nacional de Médico o Licenciado en Imagenología
  + Título en Especialidad de Imagenología
  + Registro en el Colegio Médico
  + Número de Identificación Tributaria (NIT)
  + Cédula de identidad
  + Resolución de Autorización de funcionamiento emitido por el SEDES

1. **CONSULTAS:**

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

**ANEXO 1**

**ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS**

**COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO”**

**Lic. Marco Antonio Zamudio Quispe**

**AGENTE REGIONAL SUCRE DE LA CSBP**

**Presente.**

NOMBRE DEL PROPONENTE

Yo,

, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento, conforme con los siguientes puntos:

**I.- De las Condiciones de los Términos de Referencia establecidos**

1. Declaro cumplir estrictamente con todo lo establecido mediante los Términos de Referencia correspondientes al proceso “CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE RAYOS-X POR EVENTO CSBP REGIONAL SUCRE”.
2. Declaro y garantizo haber examinado el TDR, así como toda la documentación para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones en dichos documentos.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a descalificar la presente propuesta.
4. Acepto a sola firma de este documento, que todos los formularios presentados se tienen por suscritos.

**II.- De la Presentación de Documentos**

En caso de ser adjudicado, me comprometo a presentar toda la documentación solicitada mediante los Términos de Referencia, para la suscripción del contrato.

**FIRMA**

**ANEXO 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | | | | | **SR-CP-007-2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sucre | **abril 2024** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”: |  | | | | DIRECCIÓN: |  | |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |  | |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |  | |

**“COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO”**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna PROPUESTA 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.* | **FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR**  Realizar radiografías de acuerdo a demanda y requerimiento de consulta externa, emergencias e internaciones. El 100% de los estudios debe contener placa e informe radiológico. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| Atención de servicios auxiliares (Diferentes complicaciones por patología y Emergencias Sanitarias declaradas casos de Pandemia). |  |  |
| Realizar la atención a los asegurados con calidad y calidez. |  |  |
| Realizar el estudio solicitado por el médico tratante bajo las normas establecidas aplicables. |  |  |
| Revisar que las solicitudes estén debidamente llenadas y que los estudios solicitados hayan sido solicitados por el médico en forma oportuna. |  |  |
| Brindar orientación al paciente referente al estudio que requiera para su atención oportuna. |  |  |
| Realizar la interpretación y revisión de los estudios y procedimientos llevados a cabo en el área para su control, previa entrega de placa en físico y emisión de informe Radiológico. |  |  |
| Cumplir con todo lo establecido anteriormente en caso de conmociones civiles inherentes al sector salud. |  |  |
| Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS y con todas las normas y disposiciones de la CSBP |  |  |
| *2.* | **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 |
| Ambiente adecuado para realización de estudios o exámenes requeridos. |
| El proponente deberá señalar la dirección donde prestará sus servicios a los asegurados de Caja de Salud de la Banca Privada. | 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.* | **HORARIOS DESIGNADOS PARA ATENCION A PACIENTES**  El proveedor del servicio debe cumplir los siguientes horarios y días de trabajo:   * Lunes a viernes: Mañana: 08:00 a 12:00   Tarde: 14:00 a 18:00   * Sábados: Mañana: 08:30 a 12:00 | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| Capacidad para la toma de placas, incluyendo los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables, para emergencias en gabinete y/o consultorio particular. |  |  |
| *4.* | **DISPONIBILIDAD INMEDIATA**  El Centro de Imagen debe acreditar la disponibilidad de infraestructura, equipamiento y recursos humanos para prestar servicios, inmediatamente firmado 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 |
| *5.* | **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 72 horas de anticipación e indicar el nombre del Centro/ profesional donde se realizarán los estudios que sean requeridos sin que esto genere costo adicional, haciéndose responsable de su reemplazo y atención normal de los asegurados. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *6.* | **CAUSALES DE DISOLUCIÓN DEL CONTRATO**  Por Tres notas y/o documento de incumplimiento en la prestación del servicio emitidas por Jefatura Medica ante la negligencia reiterada en el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas u instrucciones escritas del Jefe Médico, darán lugar a la Resolución del Contrato. |  |  |
| *7.* | **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. |  |  |
| Las ordenes de servicio que no sean presentadas y cobradas en el periodo correspondiente, no serán reconocidas ni canceladas por la CSBP. |  |  |
| Se aclara que, en caso de no realizar ninguna atención medica el proveedor deberá informar dicha situación, por consiguiente, el jefe Médico realizará un informe de no atención por parte el proveedor, no correspondiendo efectuar el pago. |  |  |
| *8.* | **PRESENTACIÓN 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 se recorre al día siguiente hábil del mes, de acuerdo al siguiente detalle: | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| Solicitud de pago, indicando el mes y el monto que cobra y la cuenta a la cual será abonado el pago (cuenta personal) |
| 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. |
| *9.* | **PERFIL PROFESIONAL PRINCIPAL**   1. Título en Provisión Nacional de Médico o licenciado en Imagenología. 2. Título de Especialidad de Imagenología y/o Radiología. 3. Matricula profesional del ministerio de salud. 4. Registro en el Colegio Médico 5. Tres (3) años de experiencia general (documentado; contratos, memorándum y otros) 6. Dos (2) años de experiencia específica | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |

**ANEXO 3**

**“COMPRA DE SERVICIOS DE RAYOS X POR EVENTO”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sucre** |  | **de abril** | **de 2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”:** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** | | | | | |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | | **CANTIDAD** | **MONTO (BS)** | |
| 1 | CADERA COXOFEMORAL | |  |  | |
| 2 | CADERA COXOFEMORAL AP | |  |  | |
| 3 | CALCANEO AXIAL LATERAL | |  |  | |
| 4 | ESCAPULA | |  |  | |
| 5 | FRONTAL A-P | |  |  | |
| 6 | MANO A - P Y OBLICUA | |  |  | |
| 7 | PANORAMICA DIGITAL | |  |  | |
| 8 | PIE A P Y OBLICUA | |  |  | |
| 9 | PIE AP LATERAL CON APOYO | |  |  | |
| 10 | RADIOGRAFIA AXIAL DE ROTULA 30° | |  |  | |
| 11 | RADIOGRAFIA AXIAL DE ROTULA 60° | |  |  | |
| 12 | RADIOGRAFIA AXIAL DE ROTULA 90° | |  |  | |
| 13 | RADIOGRAFIA OCLUSAL | |  |  | |
| 14 | RADIOGRAFIA PANORAMICA | |  |  | |
| 15 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL | |  |  | |
| 16 | RADIOGRAFIAS AXIALES DE MUÑECA | |  |  | |
| 17 | RODILLA AP CON BOSTEZO MEDIAL | |  |  | |
| 18 | RX - ANTEBRAZO AP -L (PANORAMICA) | |  |  | |
| 19 | RX - BRAZO- AP - L (PANORAMICA) | |  |  | |
| 20 | RX - INTESTINO DELGADO | |  |  | |
| 21 | RX - MANO AP - L | |  |  | |
| 22 | RX - MAXILAR INFERIOR | |  |  | |
| 23 | RX - MAXILAR SUPERIOR | |  |  | |
| 24 | RX - MUÑECA AP -L | |  |  | |
| 25 | RX - MUSLO- AP - L (PANORAMICA) | |  |  | |
| 26 | RX - PELVIS | |  |  | |
| 27 | RX - PIE AP - L | |  |  | |
| 28 | RX - PIERNA AP -L (PANORAMICA) | |  |  | |
| 29 | RX - RODILLA AP - L | |  |  | |
| 30 | RX - RODILLA AP - L | |  |  | |
| 31 | RX - SACROILIACA A CADA LADO | |  |  | |
| 32 | RX - SENOS PARANASALES | |  |  | |
| 33 | RX ABDOMEN SIMPLE | |  |  | |
| 34 | RX ABDOMEN SIMPLE - DECUBITO Y DE PIE | |  |  | |
| 35 | RX AGUJEROS OPTICOS | |  |  | |
| 36 | RX ANTEBRAZO AP-L (TERCIO DISTAL) | |  |  | |
| 37 | RX ANTEBRAZO AP-L (TERCIO MEDIO) | |  |  | |
| 38 | RX ANTEBRAZO AP-L (TERCIO PROXIMAL) | |  |  | |
| 39 | RX AP - L CUELLO | |  |  | |
| 40 | RX ARCO CIGOMATICO | |  |  | |
| 41 | RX ARTIC. TEMPORO-MAXILAR | |  |  | |
| 42 | RX BRAZO AP-L (TERCIO DISTAL) | |  |  | |
| 43 | RX BRAZO AP-L (TERCIO MEDIO) | |  |  | |
| 44 | RX CADERA - COXOFEMORAL | |  |  | |
| 45 | RX CAVUM | |  |  | |
| 46 | RX CISTOGRAFIA | |  |  | |
| 47 | RX CLAVICULA | |  |  | |
| 48 | RX CODO AP -L | |  |  | |
| 49 | RX COLANGIOGRAFIA POST-OPERATORIA | |  |  | |
| 50 | RX COLUMNA CERVICAL F.P | |  |  | |
| 51 | RX COLUMNA CERVICAL F-P-O | |  |  | |
| 52 | RX COLUMNA CERVICAL FUNCIONAL | |  |  | |
| 53 | RX COLUMNA CERVICO - DORSAL | |  |  | |
| 54 | RX COLUMNA DORSAL F-P | |  |  | |
| 55 | RX COLUMNA DORSAL F-P-O | |  |  | |
| 56 | RX COLUMNA DORSO-LUMBAR | |  |  | |
| 57 | RX COLUMNA LUMBAR | |  |  | |
| 58 | RX COLUMNA LUMBO-SACRA F-P | |  |  | |
| 59 | RX COLUMNA LUMBO-SACRA F-P-O | |  |  | |
| 60 | RX COLUMNA SACRO-COXIGEA F-P | |  |  | |
| 61 | RX CORAZON Y GRANDES VASOS | |  |  | |
| 62 | RX COSTILLAS | |  |  | |
| 63 | RX CRANEO FRONTAL Y PERFIL | |  |  | |
| 64 | RX DEDOS DE MANO | |  |  | |
| 65 | RX DIGITAL | |  |  | |
| 66 | RX EDAD OSEA | |  |  | |
| 67 | RX ESOFAGO | |  |  | |
| 68 | RX ESTERNON | |  |  | |
| 69 | RX ESTOMAGO Y DUODENO DOBLE CONTRASTE | |  |  | |
| 70 | RX FEMUR AP - L | |  |  | |
| 71 | RX FLUOROSCOPIA | |  |  | |
| 72 | RX HOMBRO AP | |  |  | |
| 73 | RX HOMBRO AXIAL | |  |  | |
| 74 | RX HUESOS NARIZ | |  |  | |
| 75 | RX HUMERO AP- L | |  |  | |
| 76 | RX LATERAL DE TORAX | |  |  | |
| 77 | RX LINFOGRAFIA | |  |  | |
| 78 | RX MEDICION DE MIEMBROS | |  |  | |
| 79 | RX MUSLO AP-L (TERCIO DISTAL) | |  |  | |
| 80 | RX MUSLO AP-L (TERCIO MEDIO) | |  |  | |
| 81 | RX MUSLO AP-L (TERCIO PROXIMAL) | |  |  | |
| 82 | RX OCLUSAL OBLICUA | |  |  | |
| 83 | RX PA DE TORAX | |  |  | |
| 84 | RX PELVIMETRIA | |  |  | |
| 85 | RX PIE ANTERIOR AP-OBLICUA | |  |  | |
| 86 | RX PIE OBLICUO | |  |  | |
| 87 | RX PIE POSTERIOR AP-L | |  |  | |
| 88 | RX PIE POSTERIOR OBLICUA Y AXIAL | |  |  | |
| 89 | RX PIERNA AP-L (TERCIO DISTAL) | |  |  | |
| 90 | RX PIERNA AP-L (TERCIO MEDIO) | |  |  | |
| 91 | RX PIERNA AP-L (TERCIO PROXIMAL) | |  |  | |
| 92 | RX PROYECCION LOWENSTEIN | |  |  | |
| 93 | RX SERIADA | |  |  | |
| 94 | RX SIMPLE DE ABDOMEN | |  |  | |
| 95 | RX SIMPLE DE APARATO URINARIO | |  |  | |
| 96 | RX TIBIA AP - L | |  |  | |
| 97 | RX TOBILLO | |  |  | |
| 98 | RX TOBILLO AP-L | |  |  | |
| 99 | RX TOBILLO OBLICUA | |  |  | |
| 100 | RX TRANSITO INTESTINAL | |  |  | |
| 101 | RX UROGRAFIA FUNCIONAL | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  | **RADIOGRAFIAS CONTRASTADAS** | |  |  | |
| 102 | COLON POR ENEMA | |  |  | |
| 103 | SERIADO ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO | |  |  | |
| 104 | HISTEROSALPINGOGRAFIA | |  |  | |
|  |  | | | |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Sucre -------------** | **de** | **-------------** | **de 2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |