**TERMINOS DE REFERENCIA**

**CONTRATACION DE GABINETE DE FISIOTERAPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2024-2025**

**CP-07-2024**

1. **ANTECEDENTES**

En virtud de la demanda de servicios en todas las especialidades en la regional Potosí de la CSBP, se realiza un proceso abreviado para la contratación por monto fijo gabinete de fisioterapia.

1. **OBJETIVOS**

Brindar atención especializada e integral, a la población asegurada a la CSBP regional Potosí, mediante la contratación de gabinete de fisioterapia.

1. **ACTIVIDADES A REALIZAR**
2. Contratar servicios externos para compra de servicios por monto fijo: gabinete de fisioterapia.
3. Atender todas las interconsultas en las especialidades mencionadas solicitadas por la planta de médicos del Poli consultorio y médicos externos de Hospitalización.
4. Atención de pacientes que requieran fisioterapia en el mes.
5. Atender a todos los pacientes que requieren estudios complementarios especializados, según las órdenes de atención emitidas por la CSBP Regional Potosí.
6. **SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA CSBP (CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA)**

A Cargo de Jefatura Médica en la parte técnica. En asuntos administrativos el seguimiento estará a cargo de Encargada de Enfermería, Trabajo Social y Encargado de Informática de la CSBP. Se realizará seguimiento en cualquier nivel y a través del Comité de Expediente clínico y de Auditoria médica.

1. **LUGAR DE SERVICIO**

Gabinete con consultorio particular de fisioterapia.

1. **PLAZO DE CONTRATO**

El plazo de vigencia de contrato por evento correrá a partir del 01 de agosto del 2024 al 31 de julio del 2025.

1. **MODALIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS**

Para Profesionales en Salud (fisioterapeuta):

1. La atención de consulta se realizará en el gabinete privado previa coordinación de horario entre el encargado del Gabinete de fisioterapia, asegurado (paciente) y Jefatura Medica, la atención de pacientes hospitalizados que requieran sesiones de fisioterapia será en clínicas contratadas por la CSBP durante el tiempo que dure el contrato

2. La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del SAMI.

3. Todos los Profesionales en salud deben registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el SAMI, para lo cual estará disponible equipos en el CIES y en el Policonsultorio de la CSBP. En el Sistema (SAMI) se debe registrar TODA LA INFORMACIÓN emergente de la atención del paciente en las historias clínicas, sellar y firmar.

4. Según Normativa Nacional, el profesional tratante **es el único que debe registrar en la Historia clínica, "todos”** los medicamentos utilizados, las pruebas realizadas.

5. Es obligatorio el **REGISTRO** de la información en el SAMI, solo se cancelará al profesional tratante cuando se verifique el correcto llenado de la información en la H.CL. del SAMI.

6. **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) o receta única para medicamentos extraliname.

7.- En profesionales que **tengan dificultad en el uso del SAMl**, la **HISTORIA CLINICA** **debe ser LLENADO COMPLETAMENTE** (hoja nueva o repetida y con letra legible), ADJUNTANDO una RECETA MANUAL firmada y sellada (que muestre nombre genérico, concentración presentación cantidad dosificación, vía de administración, horarios de administración).

8. Los profesionales que se postulen deben estar **dispuestos a coordinar y participar en un PLAN DE ATENCION** y evitar estar ausentes en momentos críticos junto con todos los especialistas.

1. **MODALIDAD DE PRESENTACION DE INFORMES DE COBRO.**

Los informes deben ser presentados de forma mensual el último día hábil de cada mes, de acuerdo al siguiente detalle:

1. Un folder con su fastenes incluyendo:

2. Solicitud de pago, indicando el mes y el monto que cobra. Si no tiene factura debe indicar el pago con recibo oficial y retención impositiva (solamente por unos meses) mientras gestiona su factura.

3. Fotocopia de aranceles.

4. Factura original, correctamente llenada. A nombre de: Caja de Salud de la Banca Privada, con NIT: 1020635028

5. Hoja resumen de atenciones y de cobro según formato CSBP.

1. **MONTO Y FORMA DE PAGO**

El pago se realiza por monto fijo y de forma mensual.

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.

1. **PERFIL PROFESIONAL**

1) Formación profesional en Licenciatura en Fisioterapia.

2) Experiencia Especifica Mínima: dos años 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.

1. **DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR LOS PROFESIONALES**

1) Carta de postulación

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, matrícula profesional.

4) Fotocopia del carnet de identidad.

5) Fotocopia de NIT (deseable).

6) Propuesta económica.

1. **PROPUESTA TÉCNICA:**

Debe presentar en forma obligatoria la siguiente información en una o dos páginas:

**a. Indicar la aceptación de las condiciones descritas en el presente Termino de Referencia** (registro en el SAMI, altas médicas, medicamentos LINAME, requisitos de RMN, costo de consultas y Re consultas, etc.

**También se debe entender que el Profesional que presenta su propuesta técnica, está aceptando las condiciones descritas en los TDR.**

**PROPUESTA ECONOMICA**

Presentación de propuesta económica por monto fijo, en la que especifique el monto a cobrar por la atención de sesiones de fisioterapia en consultorio externo del gabinete de fisioterapia y pacientes hospitalizados en clínicas contratadas por la CSBP.

1. **REQUISITOS PARA LA FIRMA DE CONTRATO**

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

* Fotocopia de Cédula de Identidad.
* Documentación original y respaldos con el propósito de verificar la autenticidad de la documentación presentada.
1. **FECHA Y LUGAR DE PRESENTACIÓN DE CANDIDATURAS**

Los interesados en participar de la presente convocatoria, deberán presentar la documentación mencionada en sobre cerrado con el siguiente rótulo:

* Caja de Salud de la Banca Privada
* Agencia Regional Potosí
* Calle Periodista No. 132 esquina Padilla
* Referencia: Especialidad: .......................................Contrato por evento.
* Nombre del Postulante: ...............................................................
* Dirección, ciudad, teléfono y correo electrónico de referencia

El sobre cerrado conteniendo los documentos mencionados, se debe hacer llegar hasta fecha y hora indicada en la carta de Invitación.

1. **APERTURA DE SOBRES**

Los responsables de la Comisión de Calificación de la C.S.B.P. abrirán los sobres de propuestas el mismo día de la recepción de los sobres.

1. **SISTEMA DE EVALUACION**
2. La Comisión de Calificación verificará la documentación presentada por cada proponente (hoja de vida documentada, propuesta técnica y propuesta económica), a fin de constatar si el mismo está habilitado para ser considerado y calificado, debiendo posteriormente la Comisión de Calificación, realizar una evaluación y análisis de cada propuesta.
3. La Calificación se dividirá en dos partes: a) Evaluación económica (40 puntos) y b) Evaluación de propuesta técnica sobre 60 puntos,
4. **NUMERO DE PROFESIONALE REQUERIDOS**
5. **EL número de profesionales requeridos es :**
* **1 gabinete de fisioterapia**

••••••••••••••••••

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA  |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE |
| **FORMULARIO 3** | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONOMICA |

## FORMULARIO N° 1

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

 FECHA………………………

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: CONTRATACION DE GABINETE DE FISIOTERAPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2024-2025**

Estimados señores:

Luego de haber examinado las Especificaciones Técnicas para la **CONTRATACION DE GABINETE DE FISIOTERAPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2024-2025**, destinada a la población Asegurada de Caja de Salud de la Banca Privada, el o la suscrito(a) ofrece el servicio requerido de conformidad a su solicitud, asimismo, manifiesto que la presente cotización tiene una vigencia de 60 días calendario.

Para su verificación respectiva adjunto a la presente, toda la documentación solicitada en hojas……., comprometiéndome en caso de ser adjudicado(a), presentar la documentación original o copia legalizada de acuerdo a sus requerimientos.

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Experiencia \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Nombre del profesional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Detalle** | **Propuesta (Hacer llenado por el proponente)** | **Cumple** | **No Cumple** |
| * Servicio de gabinete de fisioterapia, según detalle del punto VII
 |  |  |  |

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO N° 4**

**CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA ECONOMICA**

Fecha ……………….

Señores

Caja de Salud de la Banca Privada

Presente

 **REF.: Propuesta Económica**

Estimados señores:

De acuerdo a las Especificaciones Técnicas, respecto a la Cotización para la **CONTRATACION DE GABINETE DE FISIOTERAPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2024-2025** la empresa o profesional ……………..…, ofrece proveer el servicio requerido, por su institución y realizar el cobro debidamente respaldado con la factura respectiva, por importe mensual de Bs………. y total de Bs………..

Declaro y garantizo que se ha examinado las Especificaciones Técnicas, así como los formularios para la presentación de la propuesta y que, en virtud de ello, acepto sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos.

Hasta que el documento final de orden de servicio sea procesado, reconoceremos como documentos obligatorios la propuesta y la aceptación escrita por parte de la Caja de Salud de la Banca Privada.

Nombre del Representante Legal

del Proponente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**CONTRATACION DE GABINETE DE FISIOTERAPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTIÓN 2024-2025**

**CP-07-2024**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 16/07/2022 | Hasta12:30 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 22/07/2024 | Hasta:15:00 |  **Presentación Por Correo:** jimena.llanos@csbp.com.boWalter.olivares@csbp.com.bo**Presentación Físico:**Calle Periodista N° 132 |
| 3 | Apertura de Ofertas. | Hasta:22/07/2024 | Hasta:15:30 | Calle Periodista N° 132 |
| 4 | Resultado Del Proceso | 24/07/2024 | NOTA DE ADJUDICACIÓN |

(\*) Estas fechas son referenciales y podrán ser modificadas de acuerdo a la necesidad y situaciones que ameriten su modificación.