**TERMINOS DE REFERENCIA**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE GABINETE DE FISIOTERAPIA PARA LA CIUDAD DE POTOSÍ**

**GESTION 2023 - 2024**

1. **ANTECEDENTES**

En virtud de la demanda de servicios de fisioterapia en la regional Potosí de la CSBP, se realiza un proceso para la contratación por monto fijo de un gabinete que preste este servicio en condiciones óptimas, con calidad y calidez a todos sus asegurados.

1. **OBJETIVOS**

Brindar atención especializada de calidad, a la población asegurada a la CSBP regional Potosí, mediante la contratación de servicios de fisioterapia.

1. **ACTIVIDADES A REALIZAR**
2. Atender todas las solicitudes en la especialidad mencionada, por la planta de médicos del Policonsultorio y médicos externos y solicitudes en Hospitalización.
3. Atención de pacientes en gabinete de fisioterapia durante todo el tiempo que dure la contratación, tratamientos y atención de pacientes de consulta externa, emergencia hospitalizados y en domicilio cuando sea necesario, según las ordenes de atención emitidas por los médicos de la CSBP Regional Potosí.
4. **SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA CSBP (CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA)**

La Supervisión del servicio estará 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 de fisioterapia particular del especialista o equipo de especialistas, también asistirá(n), a prestar servicio en Clínicas contratadas por la CSBP y domicilios particulares de los asegurados cuando así se requiera, previa coordinación del jefe Médico de la CSBP.

1. **PLAZO DE CONTRATO**

El plazo de vigencia de contrato por monto fijo, será de 12 meses calendario, con un periodo de prueba del servicio de 3 meses y con la posibilidad de ser renovado por otros 12 meses al concluirse.

1. **MODALIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS**
2. La atención de consulta externa se realizará en el gabinete particular que el/los profesionales ofrezcan para prestar el servicio; dicho gabinete deberá contar mínimamente con el siguiente personal:
   * Un (1) Lic. En Kinesiología y Fisioterapia con cinco (5) años de experiencia y con alguna especialidad en su ramo.
   * Dos (2) Asistentes Kinesiólogos y Fisioterapeutas titulados con un (1) año de experiencia.
   * Un/a recepcionista.

También debe contar con la siguiente infraestructura y equipamiento:

* Dos (2) ambientes para atención fisioterapéutica con calefacción (Estufas):
  + Camilla de fisioterapia y rehabilitación
  + Equipo de ondas de choque
  + Equipo de diatermia
  + Equipo para Magnetoterapia global.
  + Equipo para Magnetoterapia pequeña extremidad.
  + Láser infrarrojo.
  + Microondas.
  + Equipo para Ultrasonidos.
  + Equipo de corrientes diadinámicas.
* Un (1) ambiente de ejercicios de fisioterapia:
  + Gomas elásticas para realizar ejercicio.
  + Pelotas de goma para realizar ejercicio.
  + Mancuernas pequeñas para realizar ejercicio.

1. El gabinete atenderá a todos los asegurados a la CSBP al menos seis (6) días a la semana, ocho (8) horas por día, en horarios establecidos por la CSBP, previamente consensuados con el proveedor del servicio.

También debe asistir, de ser necesario, a pacientes en clínicas contratadas por la CSBP y a pacientes en sus domicilios particulares, previa coordinación y autorización del jefe médico de la CSBP.

1. La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del Sistema informático de la CSBP, SAMI:

Todos los Profesionales en salud deben registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el SAMI, para lo cual se habilitará el mismo, en equipos (propiedad del proveedor) en el gabinete del/os profesionales y también estará disponible en equipos en las clínicas contratadas por la CSBP. En el Sistema (SAMI) se debe registrar TODA LA INFORMACIÓN emergente de la atención del paciente en las historias clínicas, evoluciones, epicrisis, etc. Mediante el SAMI se debe emitir órdenes de laboratorios, ordenes de exámenes auxiliares, recetas médicas interconsultas y juntas médicas. Luego de registrar la información en el SAMI se debe imprimir la HCL firmar y sellar.

1. **Todos los insumos y/o medicamentos** que se utilizaran en el tratamiento de los asegurados, deben estar basados en la lista **LINAM**E, solo en casos excepcionales se elaborará la receta única para medicamentos extraliname.
2. **MODALIDAD DE PRESENTACION DE INFORMES DE COBRO.**

El proveedor del servicio presentará ocho (8) informes durante el periodo establecido (12 meses), con base en un cronograma diseñado en coordinación con jefatura médica de la CSBP.

Cada informe debe presentarse de la siguiente manera:

1. Un folder con su fastenes incluyendo:

2. Solicitud de pago, indicando el periodo del servicio y monto que cobra.

3. Factura original, correctamente llenada, a nombre de la ***Caja de Salud Banca Privada, NIT: 1020635028***

5. Hoja resumen de atenciones según formato CSBP.

1. **MONTO Y FORMA DE PAGO**

El Monto total del contrato será por ***Monto Fijo*** y será cancelado en ocho (8) pagos, de acuerdo a cronograma establecido en contrato.

1. **DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR EL/LOS PROFESIONALES**
2. Carta de postulación (FORM 1), adjuntando a la misma:

* Hoja de vida documentada (Fotocopias y/o documentos en PDF) de los profesionales detallados en la **cláusula VII, punto 1.** del presente documento, mismas que deben demostrar la experiencia profesional en la especialidad con certificados y/o contratos de trabajo.
* Fotocopia del carnet de identidad.
* Fotocopia de NIT.

1. Propuesta Técnica (FORM 2)
2. Propuesta Económica (FORM 3)

**XI PROPUESTA TÉCNICA (FORM 2):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARA SER LLENADO POR LA CSBP** | | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | | |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** | | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES**  **(ESPECIFICAR POR QUÉ NO CUMPLE)** |
| **SI** | **NO** |  |
| *1.* | **Dos (2) ambientes para atención fisioterapéutica con calefacción (Estufas):**   * + Camilla de fisioterapia y rehabilitación   + Equipo de ondas de choque   + Equipo de diatermia   + Equipo para Magnetoterapia global.   + Equipo para Magnetoterapia pequeña extremidad.   + Equipo para Ultrasonidos terapéutico.   + Equipo de corrientes diadinámicas. (electroterapia)   + Masajeadores |  |  |  |  |
| *2.* | **Un (1) ambiente de ejercicios de kinesiología:**   * + Gomas elásticas para realizar ejercicio.   + Pelotas de goma para realizar ejercicio.   + Mancuernas pequeñas para realizar ejercicio, pesas.   + Discos de propioseccion.   + Equipos de mecanoterapia   + Bicicleta |  |  |  |  |
| *3.* | **Staff de Profesionales:**   * + Un (1) Lic. En Kinesiología y Fisioterapia: Experiencia en el ejercicio de su profesión mínima de cinco (5) años.   + Especialidad en su ramo.   + Dos (2) Asistentes Kinesiólogos y Fisioterapeutas titulados, con al menos (1) año de experiencia en el ejercicio de su profesión.   + Un/a recepcionista. |  |  |  |  |

**XII PROPUESTA ECONOMICA (FORM 3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del proponente** | **Cantidad de meses de oferta del servicio** | **Monto total del servicio (Bs.)** |
|  |  |  |
| **Son: (Indicar el monto total en literal)** | | |

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

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

* Poder del representante legal (Si corresponde)
* Fotocopia de Cédula de Identidad del representante legal.
* Documentación original descrita en la **Clausula X,** 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: **SERVICIO DE FISIOTERAPIA POR MONTO FIJO**.
* 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 el cronograma establecido.

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 presentación de los tres formularios (1,2 y 3) presentados por cada proponente, la ausencia de cualquiera de ellos y/o los respaldos correspondientes, anulará la oferta.
3. Seguidamente, esta comisión, registrará el monto total de cada oferta.
4. La comisión de calificación, mediante el sistema **CUMPLE, NO CUMPLE**, evaluará la propuesta técnica, misma que al no cumplir alguno de los requisitos, quedará descalificada.
5. ***La propuesta que cumpla con todos los requisitos establecidos en el Formulario 2 y haya ofertado el menor costo, se adjudicará el servicio.***

••••••••••••••••••