# ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**CONTRATACIÓN DE** **SERVICIOS DE RAYOS-X, POR MONTO FIJO**

 **CSBP REGIONAL POTOSÍ - GESTIÓN 2024-2025**

1. **ANTECEDENTES**

En virtud de la demanda de servicios de Imagenología, en la Regional Potosí de la CSBP, se realiza un proceso para la contratación de servicios de Rayos X por **MONTO FIJO**.

1. **OBJETIVOS**

Brindar atención especializada en Imagenología, a la población asegurada a la CSBP Regional Potosí, mediante la contratación de uno o más Profesionales y/o Gabinetes que brinden servicios de Rayos-X por **MONTO FIJO**.

1. **ACTIVIDADES A REALIZAR**
2. Contratar los servicios de Imagenología en Rayos-X por **MONTO FIJO**.
3. Atender todas las solicitudes en la especialidad mencionada, por la planta de médicos del Policonsultorio y médicos externos y solicitudes en Hospitalización.
4. Atención de pacientes en gabinete y/o consultorio externo 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.
5. **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 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
2. El proveedor realizará, por un costo fijo mensual, los estudios (Rayos-X ) detallados en ANEXOS 1 Y 2, en las cantidades mencionadas en el Formulario N°2.
3. En el entendido que las cantidades establecidas, pueden variar mensualmente, se realizarán dos conciliaciones (Septiembre 2024 y Marzo 2025) para establecer las diferencias; de ser mayor la cantidad de estudios realizados, la CSBP cancelará el excedente de acuerdo a los precios unitarios establecidos en la propuesta del proveedor.
4. La CSBP Regional Potosí, enviara órdenes de atención del servicio a los profesionales y/o gabinetes contratados.
5. La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del SAMI.
6. Los Profesionales Imagenólogos deben registrar el 100% de la información de atención en el ***Sistema Administrativo Medico Integral*** (SAMI).
7. El proponente deberá tener conexión a internet con un mínimo de 50MBPS, además, debe contar con un equipo de computación que tenga como mínimo las siguientes características: procesador Core I5, memoria RAM de 8GB y sistema operativo Windows 10 pro de 64 BITS. La CSBP le proporcionará la conexión, configuración remota y capacitación para el manejo de nuestro sistema medico integrado SAMI. El costo está a cargo del Profesional contratado.
8. Es obligatorio el **REGISTRO** de la información en el SAMI, solo se cancelará al profesional cuando se verifique el correcto y total llenado de la información en el SAMI.

**8.- MODALIDAD DE PRESENTACION DE INFORMES DE COBRO.**

El/Los proveedores/es del servicio presentará/n informes mensuales, hasta el 20 de cada mes, durante el periodo establecido (12 meses).

 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.

**9.- MONTO Y FORMA DE PAGO**

El Monto total del CONTRATO será el resultado del MONTO FIJO MENSUAL multiplicado por los doce (12) meses del plazo establecido, cancelados mensualmente, a la presentación y aprobación por parte de la CSBP del informe de servicio.

 **10.- PERFIL PROFESIONAL**

1. Título profesional de Medico Radiólogo (Rayos X) o Licenciatura en Radiología (Rayos X).
2. Experiencia Especifica Mínima: Tres años de experiencia laboral comprobada.
3. Actitud positiva y buen trato al usuario, calidad y calidez en la atención al paciente y al personal de salud, solidos valores éticos, morales y responsabilidad.

**11.- REQUERIMIENTOS CALIFICABLES (FORM 2)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARA SER LLENADO POR LA CSBP** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE EL MOMENTO DE PRESENTAR SU PROPUESTA** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** |
| **Características Solicitadas** | **Características Ofertadas** | **CUMPLE** | **Observaciones** |
| **RAYOS X** | **SI** | **No** | **(ESPECIFICAR POR QUÉ NO CUMPLE)** |
| **PERFIL PROFESIONAL DEL RESPONSABLE DE REALIZAR LOS ESTUDIOS:** |   |    |  |   |
| Título profesional de Medico Radiólogo o Licenciatura en Radiología. |   |  |   |
| Tres (3) años de experiencia específica. |   |   |   |
| Paquete 1: **Ciento veinte (120)** Estudios de Rayos X **FRECUENTES** (Anexo 1) |   |     |   |   |
| Paquete 2: **Cinco (5)** Estudios de Rayos X **ESPECIALES** (Anexo 2) |   |   |
| Cada estudio debe contener el reporte correspondiente |   |   |
| Ambiente adecuado para realización de estudios o exámenes requeridos. |   |   |   |   |
| 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. |   |   |   |   |

**12.- PROPUESTA ECONÓMICA (FORM 3)**

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

**13.- REQUISITOS PARA LA FIRMA DE CONTRATO**

El profesional y/o 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 **Punto 10 PERFIL PROFESIONAL,** con el propósito de verificar la autenticidad de la documentación presentada.

**14.- 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 IMAGENOLOGÍA 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 la carta de Invitación.

**15.- 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. De manera presencial y pública.

**16.- SISTEMA DE EVALUACIÓN**

1. 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.
2. Seguidamente, esta comisión, registrará el monto total de cada oferta.
3. 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.
4. ***La propuesta que cumpla con todos los requisitos establecidos en el Formulario 2 y haya ofertado el menor costo, se adjudicará el servicio.***