# ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**CONTRATACIÓN DEl** **SERVICIO de ECOGRAFÍAS, POR MONTO FIJO**

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

**cp-09-2024**

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 del servicio de Ecografía por **MONTO FIJO**.

1. **OBJETIVOS**

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

1. **ACTIVIDADES A REALIZAR**
2. Contratar el servicio de Ecografías 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 (Ecografías) detallados en ANEXOS 1 al 4, en las cantidades mencionadas en el Formulario N°2.
3. En el entendido que las cantidades establecidas, pueden variar mensualmente, se realizarán dos conciliaciones (diciembre 2024 y Julio 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 Ecografistas 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.

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

El/Los proveedores del servicio presentará/n informes mensuales, 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.

**8.- 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.

**9.- PERFIL PROFESIONAL**

1. Título profesional de especialista como Ecografista.
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.

**10.- 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** |
| **ECOGRAFÍAS** | | **SI** | **No** | **(ESPECIFICAR POR QUÉ NO CUMPLE)** |
| **PERFIL PROFESIONAL DEL RESPONSABLE DE REALIZAR LOS ESTUDIOS (ECOGRAFIAS)** |  |  |  |  |
| Título profesional de ecografista |  |  |  |
| Tres (3) años de experiencia específica |  |  |  |
| Paquete 1: CIENTO QUINCE **(115)** Estudios Ecográficos **FRECUENTES** |  |  |  |  |
| Paquete 2: 10  **(10)** Estudios Ecográficos **ESPECIALES** |  |  |
| Cada estudio debe contener el reporte correspondiente |  |  |
| Ambiente adecuado para realización de estudios o exámenes requeridos. |  |  |  |  |
| Capacidad para la toma de estudio ecográfico, incluyendo los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables, para emergencias en gabinete y/o consultorio particular. |  |  |  |  |

**11.- 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)** | | |

**12.- 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 9 PERFIL PROFESIONAL,** con el propósito de verificar la autenticidad de la documentación presentada.

**13.- 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 ECOGRAFÍA 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.

**14.- 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.

**15.- 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.***
5. ***Se puede considerar la posibilidad de adjudicar a dos gabinetes para realizar la mitad de los examen de ecografía establecidos en el formulario 2 y con el 50% de la propuesta económica.***

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

**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.: CONTRATACIÓN DEl SERVICIO de ECOGRAFÍAS, POR MONTO FIJO**

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

Estimados señores:

Luego de haber examinado las Especificaciones Técnicas para la **CONTRATACIÓN DEl SERVICIO de ECOGRAFÍAS, POR MONTO FIJO CSBP REGIONAL POTOSÍ - GESTIÓN 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** |
| **CONTRATACIÓN DEl SERVICIO de ECOGRAFÍAS, POR MONTO FIJO CSBP REGIONAL POTOSÍ - GESTIÓN 2024-2025**  **según (form 2)**  **PUNTO 10.** |  |  |  |

***(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 **CONTRATACIÓN DEl SERVICIO de ECOGRAFÍAS, POR MONTO FIJO CSBP REGIONAL POTOSÍ - GESTIÓN 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 anual 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

**CONTRATACIÓN DEl SERVICIO de ECOGRAFÍAS, POR MONTO FIJO**

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

**cp-09-2024**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación de los términos de referencia | 23/07/2022 | Hasta  12:30 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  26/07/2024 | Hasta:  15:00 | **Presentación Por Correo:** [jimena.llanos@csbp.com.bo](mailto:jimena.llanos@csbp.com.bo)  [Walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:Walter.olivares@csbp.com.bo)  **Presentación Físico:**  Calle Periodista N° 132 |
| 3 | Apertura de Ofertas. | Hasta:  26/07/2024 | Hasta:  15:30 | Calle Periodista N° 132 |
| 4 | Resultado Del Proceso | 29/07/2024 | | NOTA DE ADJUDICACIÓN |

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