

### PLIEGO DE CONDICIONES

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### REGIONAL POTOSÍ CP-14-24

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACION DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2025”** |

**Potosí, diciembre de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**  **REGIONAL POTOSÍ CP-14-24**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Potosí invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **“CONTRATACION DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2025”– PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: COMPARACIÓN DE PROPUESTAS |
| Forma de adjudicación: Por el Total (los servicios contratados serán a requerimiento de la CSBP) |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Calidad y Costo |
| Encargados de atender consultas: Lic. Álvaro Morales Cárdenas |
| Correo electrónico: [alvaro.morales@csbp.com.bo](mailto:alvaro.morales@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 79430210 int. 7150 |

**MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 26/12/2024 | 19:00 pm | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  30/12/2024 | Hasta:  Hrs.15:00 pm | **Presentación Física:**   Calle Periodista No 132, Policonsultorio CSBP  **Presentación Digital:**  natalia.barrientos@csbp.com.bo  jimena.llanos@csbp.com.bo |
| 3 | Apertura de Ofertas. | Hasta:  30/122024 | Hasta:  Hrs.15:30 pm | **Comisión de calificación**  **Calle Periodista No 132, Policonsultorio CSBP** |
| 4 | Resultado Del Proceso | Martes 31 de diciembre | | Notificación enviada al adjudicado |

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

**TERMINOS DE REFERENCIA**

**CONTRATACION DE MEDICO ESPECIALISTA EXTERNO A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2025**

1. **ANTECEDENTES**

En virtud de la demanda de servicios en todas las especialidades en la regional Potosí de la CSBP, se realiza un proceso por comparación de propuestas para la contratación por monto fijo a Profesional en especialidad de Ginecología-Obstetricia con formación en colposcopia.

1. **OBJETIVOS**

Brindar atención especializada e integral, a la población asegurada a la CSBP regional Potosí, mediante la contratación de diversos Profesionales en salud.

1. **ACTIVIDADES A REALIZAR**
2. Atender todas consultas e interconsultas en la especialidad mencionada, solicitadas por los asegurados, la planta de médicos del Policonsultorio y médicos externos de Hospitalización.
3. Atención de consulta externa todos los días hábiles del mes medio tiempo (Cuatro Horas), atención de emergencias y hospitalización por 15 días de cada mes.
4. Proyección a ciudades intermedias (Uyuni, Llallagua, Tupiza y Villazón) para realizar programa preventivo, una vez en la gestión según programación institucional.
5. Programar estudios de colposcopia en pacientes que requieran durante el mes, según necesidad.
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 la Licenciada en Enfermería, Trabajo Social y Encargado de Informática de la CSBP, de acuerdo a necesidad. Se realizará seguimiento en cualquier nivel y a través del Comité de Expediente clínico y de Auditoria médica.

1. **LUGAR DE SERVICIO**

Policonsultorio de la CSBP Regional Potosí y en Clínicas contratadas por la CSBP.

1. **PLAZO DE CONTRATO**

El plazo de vigencia de contrato por monto fijo correrá a partir del 1 de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025.

1. **MODALIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS**
2. La atención de consulta externa se realizará en el Policonsultorio de la CSBP Regional Potosí todos los días hábiles de cada mes, medio tiempo, previa coordinación de horario (cuatro horas) entre el médico especialista y Jefatura Medica, la hospitalización se realizará en clínicas contratada durante 15 días en el mes según necesidad y emergencia en Ginecología y obstetricia, durante el tiempo que dure el contrato.
3. La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del SAMI.
4. Todos los Profesionales en salud deben registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el SAMI, para lo cual estará disponible equipos de computación con el SAMI instalado en la Clínica 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, los relatos operatorios, 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, ordenes médicas de laboratorio y gabinetes, recetas luego sellar y firmar.
5. Según Normativa Nacional, el médico tratante **es el único que debe registrar en la Historia clínica, "todos”** los medicamentos utilizados, las pruebas de laboratorio realizadas, los estudios complementarios (RX, ecografías, TAC, otros.)
6. Es obligatorio el **REGISTRO** de la información en el SAMI, solo se cancelará al médico tratante cuando se verifique el correcto llenado de la información en la H.CL. del SAMI.
7. Todas las **ALTAS HOSPITALARIAS** deben ser realizadas **ANTES DEL MEDIO DIA**. Después del mediodía, es un costo adicional para la CSBP y puntos en contra de médico infractor con riesgo de que el médico pueda cancelar el día adicional de internación.
8. Las **BAJAS MEDICAS** siempre son continuas es decir que incluyan sábados domingos y feriados, Indicando la fecha de inicio y fecha de conclusión Las bajas médicas prolongadas se deben ajustar estrictamente a protocolos y serán sometidas a Auditorias Medicas. El tiempo máximo de baja médica que acepta es de 28 días continuos.
9. **Todos los medicamentos** que se deben utilizar en el tratamiento de los asegurados deben estar basados en la lista **LINAM**E, receta única para medicamentos extralimite realizar informe médico para solicitar autorización ante el comité farmacia y terapéutica de la CSBP.
10. Todos los médicos que soliciten **Resonancia Magnética Nuclear**, deben considerar que por reglamento es necesario realizar UN INFORME MEDICO A DETALLE de ser necesario se realizara UNA JUNTA MEDICA para la autorización.
11. Cuando el médico **tenga dificultad en el uso del SAMl**, la **HISTORIA CLINICA** **debe ser LLENADO MANUALMENTE DE MANERA COMPLETA** (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).
12. **La ANAMNESIS debe ser COMPLETA**: Causas del problema circunstancias en la que apareció el problema el lugar fecha y hora describir al agente externo que género el problema, etc. Este detalle permite TIPIFICAR correctamente el REGIMEN DE SEGURO, el cual **nos permite definir la fuente financiera del gasto en salud** (CSBP, SOA, Seguro contra accidentes, fondos propios del asegurado o de los agresores).
13. Solo está permitido emitir órdenes médicas de las PRUEBAS DE LABORATORIO que le corresponda a cada especialidad. Si el médico tratante tiene dudas sobre el problema de salud del asegurado pedir una interconsulta. En lo posible **LAS PRUEBAS DE LABORATORIO deben ser específicas al problema que** **se consulta, al diagnóstico y estar basados de forma estricta a los protocolos médicos.** Es imperativo aplicar el examen clínico c y pedir una CANTIDAD MINIMA DE PRUEBAS DE LABORATORIO (Por optimización de pruebas de laboratorio).
14. Los profesionales que se postulen deben estar **dispuestos a coordinar y participar en un ROL DE TURNOS** y evitar estar ausentes en momentos críticos junto con todos los especialistas.
15. **MODALIDAD DE PRESENTACION DE INFORMES DE COBRO.**

Los informes deben ser presentados de forma mensual hasta fecha 25 de cada mes, de acuerdo al siguiente detalle:

1. Un folder con su fastener incluyendo.
2. Solicitud de pago, indicando el mes, el monto que cobra, número de cuenta para abono. 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.
6. **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**
2. Formación profesional en la especialidad de Ginecología-Obstetricia con formación y/o experiencia en colposcopia (Documentado).
3. Experiencia Especifica Mínima: Tres años de experiencia laboral (En caso de los médicos se considera el año ASO como 1 año de experiencia laboral).
4. 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.
5. **DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR LOS PROFESIONALES POSTULANTES**
6. Carta de postulación.
7. Hoja de vida documentada. Se debe demostrar la experiencia profesional en la especialidad con certificados o contratos.
8. Fotocopia simple del título Académico y en Provisión Nacional del (la) Profesional invitado y de matrícula profesional.
9. Fotocopia simple del certificado de especialidad, fotocopia simple del certificado de subespecialidad o documentación que muestre que está en proceso de convalidación.
10. Fotocopia del carnet de identidad.
11. Fotocopia de NIT (deseable).
12. Propuesta económica.
13. **PROPUESTA TÉCNICA:**

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

**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.**

1. **PROPUESTA ECONOMICA**

Presentación de propuesta económica, en la que especifique el monto a cobrar por la atención de consulta externa (medias jornadas), cuatro (4) horas de cada mes todos los días hábiles , atención de pacientes que requieran , atención de emergencia y hospitalización durante 15 días de cada mes según rol de turnos, realizar examen de colposcopia según programación en el mes, proyección a ciudades intermedias (Uyuni, Llallagua, Tupiza, Villazón) una vez en la gestión para realizar el programa preventivo .

1. **REQUISITOS PARA LA FIRMA DECONTRATO**

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 PRESENTAC IÓN 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 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.

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 curricular (50 puntos) y evaluación de propuesta técnica sobre 10 puntos, b) Propuesta económica sobre 40 puntos.

••••••••••••••••••

**ANEXOS**

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

**FORMULARIO No 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

**FECHA………………………**

**Señores**

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

**Presente. -**

**Ref.: CONTRATACION DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 2025**

Estimados señores:

Luego de haber examinado las Especificaciones Técnicas para la CONTRATACION DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTION 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 N.º 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. Nombre original y año de fundación de la empresa

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

1. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_(*colocar número de testimonio, lugar y fecha)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

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

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

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

**FORMULARIO No 3**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS** | | | |
| **ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA** | | **CUMPLE** | |
| ***SI*** | ***NO*** |
| **1** | Copia simple del Título Profesional en Provisión Nacional. |  |  |
| **2** | Copia simple del Certificado de Especialista en Ginecología, emitido por el Colegio Médico de Bolivia. |  |  |
| **3** | Copia simple de la Matricula profesional, emitida por el Ministerio de Salud y Deportes. |  |  |
| **4** | Curso de especialidad colposcopia |  |  |
| **5** | Currículum Vitae. |  |  |
| **6** | **Compromiso de:** |  |  |
| 1. Cumplimiento de normas del código de seguridad social, protocolos y procedimientos aprobados por: la institución, Ministerio de Salud y otras de regulación nacional.  2. Compromiso del llenado de los formularios de la CSBP, informes y otros documentos de control institucional. |

**NOTA:** El proveedor debe indicar si cuenta con lo mencionado y el adjudicado debe presentar estos requisitos físicamente.

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

## 

**FORMULARIO No 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ................................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B.   OFERTA ECONÓMICA** | | |  | **PROPUESTA**  **(DEBE SER COMPLETADA POR EL PROPONENTE)** | |
| **ITEM** | **UNIDAD (Meses)** | **CONCEPTO Y/O SERVICIOS** | **CANTIDAD** | **PRECIO**  **UNITARIO** | **PRECIO**  **TOTAL** |
| 1 | SERVICIO | ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA CON FORMACION EN COLPOSCOPIA | 12 |  |  |
| **TOTAL** | | | | |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

* **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**