

### SOLICITUD DE PROPUESTA

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

### TJ-CP-03-2024

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA** **(9 MESES)”** |

 **Tarija, abril de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****COMPARACIÓN DE PROPUESTAS TJ-CP-03-2024****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Tarija invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EXTERNO EN LA ESPECIALIDAD DE IMAGENOLOGÍA (9 MESES)** |
| **Tipo de Convocatoria:** Comparación de Propuestas |
| **Forma de adjudicación:** POR LA TOTALIDAD |
| **Sistema de evaluación y adjudicación:** MENOR PRECIO |
| **Encargados de atender consultas:** Dr. David Laura Calliconde Lic. Esmeralda Ríos Leyton |
| Correo electrónico: esmeralda.rios@csbp.com.bo  |
| Teléfono: 66-45562 int. 8103 – 8113Celulares: 79133100 - 67639375 |

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación de la Solicitud de Propuestas  | De:  01/04/2024 | Hasta:16:30 pm | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | Presentación de Ofertas | Hasta: 05/04/2024 | Hasta:10:00 am | **Presentación Electrónica:** david.laura@csbp.com.boesmeralda.rios@csbp.com.bo |
| 3 | Apertura de Ofertas. | Hasta: 05/04/2024 | Hasta:Hrs.11 :30 | **Apertura Física:**  Calle 15 de abril # 432 entre Delgadillo e Isaac Attie |
| 4 | Resultado Del Proceso | \*10/04/2024 | Notificación enviada al adjudicado |

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

|  |
| --- |
| **CODIGO DE PROCESO: TJ-CP-03-2024** |

 **INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS PARA**

**CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA (9 MESES)**

En cumplimiento al Reglamento de Compras, Resolución de Directorio N° 51/2023 de fecha 16/08/223, Artículo 15 Modalidades de Contratación, de la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a los potenciales proponentes, legalmente establecidas en el País, que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso para la **CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA EN LA CUIDAD DE TARIJA POR (9 MESES).**

**FECHA DE PRESENTICIÓN DE PROPUESTAS**

Las ofertas podrán ser presentadas hasta **hora 10:00 am del día viernes 05 de abril de 2024,** de forma digital mediante correo electrónico o en físico:

* En caso de que su propuesta sea enviada de forma digital, deberá ser enviada, antes de la fecha límite establecida a los siguientes correos electrónicos: esmeralda.rios@csbp.com.bo, indicando como referencia **“TJ-CP-03-2024 – CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA (9 MESES)”,** la misma deberá contener todos los espacios debidamente llenados.
* En caso de presentar su propuesta en forma física, puede entregarla en la siguiente dirección: Calle 15 de abril N° 432 entre Delgadillo e Isaac Attie), en sobre cerrado, debidamente rotulado especificando la referencia de la siguiente manera: **“TJ-CP-03-2024 – CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA (9 MESES)”.**
1. **OBJETO:**

Brindar atención especializada e integral, a la población asegurada a la CSBP regional Tarija, mediante la contratación de un profesional en salud, por tal motivo se requiere lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD (MESES) |
| 1 | DIVERSOS ESTUDIOS DE ECOGRAFIÁ POR TRES HORAS/DIA.) (**MONTO FIJO MENSUAL)** | 9 |

1. **DOCUMENTOS A PRESENTAR**
2. Carta de postulación
3. Hoja de vida
4. Fotocopia simple del título Académico y en Provisión Nacional del (la) Profesional y de matrícula profesional.
5. Fotocopia simple del certificado de especialidad de Imagenología otorgado por el Colegio Médico de Bolivia.
6. Fotocopia del carnet de identidad.
7. Fotocopia de NIT (deseable).
8. **Propuesta Técnica:** El proponente debe presentar el formulario de **“PROPUESTA TECNICA”** **(Anexo 1)** manifestando expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento, debidamente firmado.
9. **Propuesta económica:** La propuesta económica debe ser presentada en el formulario **“PROPUESTA ECONOMICA”** **(Anexo 2).** La oferta presentada debe estar en moneda nacional (bolivianos), la CSBP no reconocerá pagos adicionales que no estén incluidos en sus propuestas.
10. **METODOS DE EVALUACION:** Se evaluará la propuesta con el menor precio.
11. **Evaluación Económica:** La comisión de calificación en sesión reservada ordenara las propuestas en función al monto de la oferta económica, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor costo, la segunda propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.
12. **Evaluación Técnica:** La Comisión de calificación en sesión reservada, calificara la propuesta con el menor costo, procediendo a revisar la propuesta técnica, bajo el sistema CUMPLE o NO CUMPLE, si la propuesta CUMPLE con todos los requisitos exigidos, queda HABILITADA TECNICAMENTE y se procede a la Adjudicación de lo contrario su oferta es INHABILITADA y se evalúa con mismo procedimiento a la Propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.
13. **ADJUDICACIÓN**

La adjudicación será realizada por el total, a la oferta económica más conveniente para la CSBP, siempre y cuando cumplan con las especificaciones técnicas requeridas.

1. **PLAZO DE CONTRATO**

El contrato tendrá un plazo de (9) meses.

1. **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. **CONSULTAS:**

El proponente podrá efectuar Cualquier consulta, llamando al teléfono 66-45562 int. 8103 – 8113 Dr. David Laura C. ó Lic. Esmeralda Ríos L.

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Comparación de Propuestas** | **TJ-CP-03-2024** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tarija | **Abril 2024** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
| EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”: |  | DIRECCIÓN: |   |
|  |  |  |  |  | TELEFONO: |   |
|  |  |  |  |  | EMAIL: |   |

**FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA POR MONTO FIJO MENSUAL (9 MESES)**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

El proponente deberá detallar en la columna OFRECIDO las características de los diferentes ítems.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PROPUESTA** | **OBSERVACIONES** |
| **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** |
| *1.* | **Actitud Positiva y Buen trato al Usuario:** Que tenga actitud positiva, calidad y calidez en la atención al paciente y al personal de salud, sólidos valores éticos, morales y responsabilidad. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *2.* | El profesional una vez contratado debe registrar TODA LA INFORMACIÓN emergente de la atención del paciente en la historia clínica, tales como relatos operatorios, evoluciones, órdenes de laboratorio y gabinetes, recetas de tratamiento, luego sellar y firmar para custodia de la institución en el expediente respectivo.  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *3.* | En caso de prescribir medicamentos se debe utilizar los contemplados en la lista nacional de medicamentos esenciales aprobado por el Ministerio de Salud “**LINAME”.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *4.* | El profesional dentro de su actuación médica diaria deberá **maximizar la evaluación clínica** y por otro lado en cantidades mínimas necesarias en la solicitud de estudios complementarios coherente con los protocolos de actuación médica aprobados por la ASUSS y el Ministerio de Salud.  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *5.* | El proponente contratado, en su relación con la Institución, estará bajo supervisión y coordinación de Agencia Regional y Jefatura Médica. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *6.* | El profesional debe realizar informes médicos cuando se requiera y participar en junta médica si fuese necesario a fin de asegurar un tratamiento multidisciplinario e integral del paciente.  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *7.* | **PRESENTACIÓN DE INFORMES DE COBRO.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| ***Los informes administrativos deben ser presentados de forma mensual de acuerdo al siguiente detalle:*** |
| 1.- solicitud de pago, indicando el mes y el monto que cobra |
| 2.- Factura original, correctamente llenada. A nombre de: Caja de Salud de la Banca Privada, con NIT: 1020635028. |
| 3.- Hoja resumen de atenciones y de cobro según formato CSBP. Según corresponda. |
| *8.* | **DURACION DE CONTRATO Y FORMA DE PAGO** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| El pago se realizará de forma mensual bajo un **monto fijo:**  |
| La duración de contrato u orden de servicio será por: Nueve (9) meses**.** |
| *9.* | **PERFIL PROFESIONAL** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **Personal con formación profesional en la especialidad de Imagenología, por la cual debe acreditar:** |
| 1.- Copia simple del título en provisión nacional  |
| 2.- Copia simple del título de especialista en Imagenología expedida por Colegio Médico de Bolivia. |
| 3.- Copia de la matricula profesional otorgado por el Ministerio de Salud. |
| 4.- Curriculum vitae simple. |
| 5.- **Experiencia Especifica Mínima:** Dos años de experiencia laboral (en caso de los médicos se considera el año ASO como 1 año de experiencia laboral). |

***Datos* Bioestadísticos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **2023** **(MARZO A DICIEMBRE)** | **2024** **(ENERO A FEBRERO)** |
| SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA **(ECOGRAFIAS)** | 1540 | 388 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA CONTRATACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA (9 MESES)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tarija** |  | **de abril**  | **de 2024** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **EMPRESA COTIZANTE “PROVEEDOR”:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONOMICA** |  |
| **Nº** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO**  | **CANTIDAD (MESES)** | **MONTO FIJO UNITARIO (BS)**  | **MONTO TOTAL (GLOBAL)** |
| 1 | DIVERSOS ESTUDIOS DE ECOGRAFIÁ POR TRES HORAS/DIA.) **(MONTO FIJO MENSUAL)** | 9 |    |  |
|  |  |  |  |
|  | **FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Validez de la oferta: |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tarija -------------** | **de** | **------------** | **de 2024** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |