La Caja Bancaria Estatal de Salud requiere para la Regional Oruro los Servicios Médicos para Pacientes COVID-19 conforme al siguiente detalle;

* SERVICIOS MEDICOS PACIENTES COVID-19 REGIONAL ORURO - GESTION 2022

Las empresas proponentes podrán presentarse según el requerimiento detallado en las Especificaciones Técnicas y Condiciones Administrativas:

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES** |
| **PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS:** Las propuestas presentadas deberán ser elaboradas conforme a los requisitos y condiciones establecidas en las Especificaciones Técnicas y Condiciones Administrativas, utilizando los formularios incluidos, de acuerdo al siguiente detalle:   1. **Formulario de Presentación de Propuesta**  |  | | --- | | * Debe señalar en el recuadro el Objeto de Contratación de acuerdo a la publicación emitida por la Unidad Solicitante. | | * Colocar el nombre de la empresa o proponente. | | * Colocar la rúbrica o firma del propietario o representante legal de la empresa o proponente más el nombre completo debajo de la misma |  1. **Formulario de Propuesta Económica:**  |  |  | | --- | --- | |  | Rellenar el Cuadro de Propuesta del Proponente especificando en cada una de las casillas el Precio Unitario Ofertada y el Total en Bolivianos de manera numeral y literal según corresponda. |  1. **Características y Condiciones Técnicas Solicitadas**  |  | | --- | | * Rellenar el cuadro en blanco al lado de acuerdo a los puntos solicitados y/o señalados según la propuesta a presenta por la empresa o proponente. | | * Deberá presentar toda la documentación señalada. | | * Detallar su conformidad y/o aceptación de los enunciados descritos posterior al cuadro de Características y Condiciones Técnicas Solicitadas |   Nota: El llenado incorrecto /o incumplimiento a uno o más términos puede estar sujeto a descalificación |

# CONDICIONES TÉCNICAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES ADMINISTRATIVAS** | | **Para ser llenado por el proponente al momento**  **de elaborar su propuesta** |
| # | Características y condiciones técnicas solicitadas | Característica Propuesta |
| I | **DETALLE DEL SERVICIO** |  |
|  | La Caja Bancaria Estatal de Salud requiere para la Regional Oruro los Servicios Médicos para Pacientes COVID-19 conforme al siguiente detalle;   * **SERVICIOS MEDICOS PACIENTES COVID-19 REGIONAL ORURO - GESTION 2022** |  |
| II | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |  |
|  | El proponente deberá expresar su ACEPTACIÓN a las condiciones señaladas a continuación por Caja Bancaria Estatal de Salud.   1. **DATOS GENERALES**  * Monto Mensual será variable, según la cantidad de atenciones que realice a la población asegurada. * Vigencia a partir del día siguiente hábil de la suscripción de contrato al 31/12/2022. * Garantía de Cumplimiento de Contrato: Boleta de Garantía (con carácter renovable, irrevocable y de ejecución inmediata) o la solicitud de retención del 7% de cada pago parcial.  1. **LUGAR, DIAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN DEL PROVEEDOR**  * **Días y Horarios de atención a los asegurados:** * Lunes a Domingo, feriados y emergencias (24 Horas del día). * **Lugar:** * El proponente deberá señalar la dirección donde prestará sus servicios a los asegurados de Caja Bancaria Estatal de Salud.  1. **OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR**  * Elaboración y presentación oportuna de informes solicitados por Dirección de Salud u otra autoridad de la C.B.E.S. de acuerdo a requerimiento e importancia. * El PROVEEDOR presentará al FISCAL DE SERVICIO, para su revisión, una **solicitud de pago**, **una planilla de ejecución de servicios**, donde deberá señalar todos los servicios prestados, incluyendo el importe, la periodicidad de pago convenida y toda la documentación de respaldo correspondiente, conforme a contrato suscrito, consignando la fecha y firma del Agente de Servicio; representante del Proveedor. * Remitir los formatos de estudios complementarios revisados en digital a la Unidad de Sistemas, con el objeto de ser cargados en el sistema SIIGAH y Bioestadística de C.B.E.S. * Los profesionales médicos del PROVEEDOR deberán emplear la NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO conforme a la Resolución Ministerial N° 0090 y el Reglamento a la Ley Nº 3131 del Ejercicio Profesional Médico D.S. Nº 28562. * Para el cumplimiento efectivo de funciones del FISCAL DE SERVICIO, el PROVEEDOR deberá facilitar toda la información sin restricción, ni excepción alguna. * El PROVEEDOR adjudicado deberá adjuntar la siguiente documentación de respaldo para proceder al pago correspondiente de acuerdo a:   + - 1. **Consultas de especialidades:** * Formulario HOJA DE REFERENCIA (***ORIGINAL***) de Caja Bancaria Estatal de Salud con sello de vigencia de derechos. * Adjuntar fotocopia **legalizada y/o con sello copia fiel del original** del respaldo de la atención brindada o la hoja de contrareferencia llenada por el médico especialista   + - 1. **Servicio de Laboratorio:** * Formulario ***(ORIGINAL)*** de Caja Bancaria Estatal de Salud con sello de vigencia de derechos. * Adjuntar fotocopia **legalizada y/o con sello copia fiel del original** del resultado de laboratorio.   + - 1. **Servicios de Ecografía:** * Formulario ***(ORIGINAL)*** de Caja Bancaria Estatal de Salud emitida con sello de vigencia de derechos. * Adjuntar fotocopia **legalizada y/o con sello copia fiel del original** del resultado o informe.   + - 1. **Servicios de Radiología:** * Formulario ***(ORIGINAL)*** de Caja Bancaria Estatal de Salud con sello de vigencia de derechos. * Adjuntar fotocopia **legalizada y/o con sello copia fiel del original** del informe.   + - 1. **Servicios de Tomografía y Resonancia Magnética:** * Formulario ***(ORIGINAL)*** de Caja Bancaria Estatal de Salud con sello de vigencia de derechos. * Adjuntar fotocopia **legalizada y/o con sello copia fiel del original** del resultado y/o informe.   + - 1. **Servicios por Emergencia u Otros Servicios**: * Respaldo del Servicio realizado con sello de vigencia de derechos. * A efectos de control de atención medica de los asegurados y beneficiarios de la Caja Bancaria Estatal de Salud, se deberá verificar el Carnet de Afiliación a la Caja Bancaria Estatal de Salud, Carnet de Identidad y/o verificación en el Sistema de Consulta (Afiliaciones) en la página web <http://www.cbes.org.bo/afiliaciones/opciones_afi.php>. Previa coordinación con el FISCAL DE SERVICIO.   + - 1. **Servicios Quirúrgicos u Hospitalización:** * Adjuntar Hoja de Referencia ***(ORIGINAL)*** con sello de vigencia de derechos. * En caso de Hospitalización, deberán remitir fotocopia **legalizada y/o con sello copia fiel del original** la historia clínica (hoja de admisión, hojas de evolución, hojas de órdenes médicas, hojas de enfermería, hoja de consentimiento informado, hoja de anestesia, protocolo quirúrgico, descargo de medicamentos e insumos, estudios complementarios como ser: laboratorios, ecografías, radiografías, entre otros, epicrisis, etc.) * En casos excepcionales en que los servicios Quirúrgicos no se encuentren dentro de los aranceles adjudicados el Proveedor deberá regirse a los aranceles del colegio médico departamental de acuerdo al cobro realizado según el procedimiento quirúrgico, debiendo adjuntar en fotocopia simple la página del arancel.   + - 1. **Dispensación de Medicamentos e insumos:** * El proponente adjudicado deberá dispensar medicamentos e insumos a pacientes en consulta externa y hospitalización u internación. * ***RECETA ORIGINAL*** de Caja Bancaria Estatal de Salud, con sello de vigencia de derechos en consultas externas. * Para servicios quirúrgicos u hospitalización deberán estar registradas dentro del historial clínico. * La Dispensación de Medicamentos e insumos, en recetas e internación deberán ser de acuerdo a la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME) con estricto cumplimiento de acuerdo a: Nombre Genérico, Concentración y Vademécum Institucional. * El uso de Dispositivos Médicos deberá ser de acuerdo a la Lista Nacional de Dispositivos Médicos Esenciales (LINADIME) con estricto cumplimiento y Vademécum Institucional.   + - 1. **Honorarios Servicios Médicos:** * En casos excepcionales los servicios Médicos por especialidades o subespecialidades, los honorarios en procedimientos quirúrgicos y otros no contemplados en el arancel adjudicado, serán cancelados según Unidad Médicos Arancelarios (U.M.A.) de La Paz (2014 - 2016) por **10 Bs.**   **Nota:**   * *En Consulta Médica y Consulta por Especialidades el paciente TIENE DERECHO A RECONSULTA SIN COSTO en el lapso de 7 a 15 días calendarios después de su primera consulta.* * *El pago por honorarios médicos excepcionales para los PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, incluye diagnóstico, prescripción (tratamiento) y seguimiento (Clínico - quirúrgico) conforme al diagnóstico realizado, de acuerdo a la historia clínica y respaldos correspondientes, el servicio prestado deberá ser hasta el alta del paciente por el mismo médico tratante.* * *El PROVEEDOR no podrá brindar el servicio, sin el formulario original de C.B.E.S. con sello de vigencia, requisito indispensable para la atención y pago del servicio, excepto en casos de emergencia previa coordinación con el FISCAL DE SERVICIO.*   ***En caso de no presentar la documentación mencionada no se procederá al pago.***   1. **DOCUMENTACIÓN PARA EL PROCESO DE PAGO AL PROVEEDOR**  * Nota de solicitud de pago de la prestación del servicio dirigido al FISCAL DE SERVICIO. * Planilla de Ejecución de Servicio, donde deberá señalar todos los servicios prestados, el monto y la periodicidad de pago convenida, conforme al contrato suscrito, consignando la fecha y firma del Agente de Servicio; representante del Proveedor. * Documentos de respaldo a todos los servicios prestados. * El PROVEEDOR presentará toda la documentación pertinente al FISCAL DE SERVICIO para su revisión, del mes correspondiente y deberá ser en los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes. * El PROVEEDOR deberá esperar el informe de la aprobación o devolución por el FISCAL DE SERVICIO, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, para que se realicen las correcciones o enmiendas respectivas, si corresponde. * El PROVEEDOR, en caso de devolución deberá realizar las correcciones requeridas por el FISCAL DE SERVICIO con fecha actual y presentará nuevamente la documentación para su aprobación. * El PROVEEDOR deberá remitir las correcciones y aceptar los descuentos, en caso que las observaciones no se subsanen adecuadamente. * Emitir la factura correspondiente del mes a nombre de CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD con NIT N° 1016529025. * Una vez aprobada la planilla de ejecución del servicio por parte del FISCAL DE SERVICO remitirá toda la documentación a la Unidad de Servicios de Salud Regionales. * El PROVEEDOR deberá esperar 15 días hábiles para el pago correspondiente, una vez que la Unidad de Servicios de Salud Regionales presente toda la documentación de pago a la Unidad Administrativa Financiera de C.B.E.S.   **NOTA:** Cabe mencionar que, si existiera más observaciones identificadas, como ser: servicios sin respaldo, errores de arancel, error en sumatoria, cobros dobles y otros por parte del PROVEEDOR, se procederá al descuento correspondiente con el fin de evitar retraso en los pagos.  A continuación, se adjunta listado de servicios requeridos:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **1.       INTERNACION** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | SALA DE INTERNACION POR DIA | 200,00 | | **2** | HONORARIO DE INTERCONSULTA PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DIA | 250,00 | | **3** | ADMISION | 50,00 | |  |  |  | | **2.       UNIDAD TERAPIA INTENSIVA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | UTI POR DIA | 800,00 | | **2** | ADMISION(FORMULARIOS DE INTERNACION ) | 50,00 | | **3** | MONITOR (CARDIO Y O2) POR DIA | 200,00 | | **4** | OXIGENO POR HORA | 20,00 | | **5** | BOMBA DE INFUSION POR DIA | 250,00 | | **6** | VENTILADOR MECANICO POR DIA | 250,00 | | **7** | ATENCION POR ENFERMERIA DE UTI (POR HORAS) | 20,00 | | **8** | GLICEMIA CAPILAR POR TOMA DE MUESTRA | 30,00 | |  |  |  | | **3.       NEONATOLOGIA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | INCUBADORA POR DIA | 300,00 | | **2** | ADMISION (FORMULARIOS DE INTERNACION Y MATERIAL DE ENF.) | 30,00 | | **3** | FOTOTERAPIA POR DIA | 250,00 | | **4** | MONITOR POR DIA | 250,00 | | **5** | OXIGENO POR HORA | 20,00 | | **6** | CUNA POR DIA | 60,00 | | **7** | CPAP por hora | 40,00 | | **8** | ENFERMERA ESPECIALIZADA POR HORA | 20,00 | | **9** | BOMBA DE INFUSIÓN POR DÍA | 250,00 | | **10** | SERVICIO CUNA POR HORA | 20,00 | | **11** | VENTILADOR POR DÍA | 250,00 | |  |  |  | | **4.       USO DE QUIROFANO** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | CIRUGIA MAYOR O2, EQ. ANESTESIA, MONITOR, ELECTRO VISTURI | 2.000,00 | | **2** | CIRUGIA MEDIANA O2, EQ. ANESTESIA, MONITOR, ELECTRO VISTURI | 1.400,00 | | **3** | CIRUGIA MENOR O2, EQ. ANESTESIA, MONITOR, ELECTRO VISTURI | 1.200,00 | | **4** | OXIGENO POR HORA | 20,00 | |  |  |  | | **5.       SALA SEPTICA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | \* AMEUS Y LEGRADOS | 350,00 | |  |  |  | | **6.       SALA DE CURACIONES** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | CURACIONES MAYORES | 40,00 | | **2** | CURACIONES MEDIANAS | 30,00 | | **3** | CURACIONES MENORES | 20,00 | |  |  |  | | **7.       EMERGENCIAS** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | EMERGENCIA ATENDIDAS POR TODAS LAS ESPECIALIDADES | 250,00 | | **2** | EMERGENCIA MEDICINA GENERAL CONSULTA MEDICA | 150,00 | |  |  |  | | **8.       HEMODIALISIS** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | DIALISIS CON INSUMOS | 1.000,00 | |  |  |  | | **9.       ARCO EN C** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | Arco en C (Cirugía Mayor) COLUMNA,PELVIS,FEMUR,RODILLA | 2.500,00 | | **2** | Arco en C (Cirugía mediana) hombro, clavícula, brazo, antebrazo | 1.500,00 | | **3** | RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO | 400,00 | |  |  |  | | **10.   SERVICIO MEDICO** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | CONSULTA MEDICA TODAS LAS ESPECIALIDADES | 230,00 | | **2** | CONSULTA MEDICA SUBESPECIALIDADES | 250,00 | |  |  |  | | **11.** | **ENDOSCOPIA** |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | ENDOSCOPIA CON SEDACION | 1300,00 | |  |  |  | | **12.   ENFERMERIA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | INYECTABLE INTRAMUSCULAR | 12,00 | | **2** | INYECTABLE INTRAVENOSO | 20,00 | | **3** | COLOCACION DE SOL. ENDOVENOSAS | 45,00 | | **4** | NEBULIZACION | 35,00 | |  |  |  | | **13.   SERVICIO DE AMBULANCIA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | AMBULANCIA DENTRO DEL CASCO | 100,00 | | **2** | AMBULANCIA FUERA DEL CASCO | 250,00 | | **3** | AMBULANCIA VIAJES AL INTERIOR | 3.300,00 | | **4** | AMBULANCIA CON ENFERMERA | 250,00 | | **5** | AMBULANCIA CON MEDICO | 500,00 | |  |  |  | | **14.   LABORATORIO** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **AREA DE HEMATOLOGIA** | |  | | **1** | HEMOGRAMA | 50,00 | | **2** | HEMATOCRITO | 20,00 | | **3** | HEMOGLOBINA | 20,00 | | **4** | VES - VSG | 25,00 | | **5** | GRUPO SANGUINEO | 25,00 | | **COAGULOGRAMA** | | | | **1** | T. SANGRIA | 20,00 | | **2** | T. COAGULACION | 20,00 | | **3** | T. DE PROTROMBINA | 50,00 | | **4** | PLAQUETAS | 35,00 | | **AREA DE QUIMICA SANGUINEA** | | | | **1** | GLICEMIA | 40,00 | | **2** | CREATININA | 40,00 | | **3** | UREA | 40,00 | | **4** | NUS-BUN | 40,00 | | **5** | ACIDO URICO | 40,00 | | **6** | AMILASA | 40,00 | | **7** | DIMEROS D | 230,00 | | **8** | LDH (LACTATO DESHIDROGENASA) | 90,00 | | **9** | LIPASA | 90,00 | | **10** | FERRITINA | 150,00 | | **11** | TROPONINA | 150,00 | | **12** | B-HCG | 200,00 | | **13** | CK | 200,00 | | **14** | CK MB | 200,00 | | **15** | CEA | 180,00 | | **HEPATOGRAMA - PERFIL HEPATICO** | | | | **1** | TRANSAMINASAS (GOT - GPT) | 50,00 | | **2** | BILIRRUBINAS | 50,00 | | **3** | FOSFATASA ALCALINA | 40,00 | | **LIPIDOGRAMA - PERFIL LIPIDICO** | |  | | **1** | COLESTEROL | 50,00 | | **2** | TRIGLICERIDOS | 50,00 | | **3** | HDL COLESTEROL | 50,00 | | **4** | LDL COLESTEROL | 50,00 | | **PROTEINOGRAMA - PERFIL PROTEICO** | |  | | **1** | P. TOTALES | 50,00 | | **2** | ALBUMINA | 50,00 | | **3** | REL. ALB/GLOB | 50,00 | | **4** | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 90,00 | | **ELECTROLITOS** | |  | | **2** | SODIO Na | 60,00 | | **3** | CLORO Cl | 60,00 | | **4** | POTASIO K | 60,00 | | **5** | CALCIO Ca | 60,00 | | **6** | MAGNESIO Mg | 60,00 | | **7** | FOSFORO P | 60,00 | | **AREA DE SEROLOGIA** | |  | | **1** | PCR | 45,00 | | **2** | RPR | 45,00 | | **3** | VIH SIDA | 70,00 | | **4** | HELICOBACTER PYLORI | 70,00 | | **5** | B-HCG(TEST DE EMBARAZO) | 40,00 | | **6** | REACCION DE WIDAL | 40,00 | | **AREA DE PARASITOLOGIA** | |  | | **1** | MOCO FECAL | 35,00 | | **2** | Ph- BENEDICT | 35,00 | | **3** | COPRO SIMPLE | 35,00 | | **4** | COPRO SERIADO | 60,00 | | **5** | SANGRE OCULTA EN HECES | 60,00 | | **6** | HELICOBACTER PYLORI EN HECES | 70,00 | | **BACTERIOLOGIA** | |  | | **1** | TINCION DE GRAM | 40,00 | | **2** | EXAMEN EN FRESCO SECRECION | 60,00 | | **3** | CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE CECRECIONES | 200,00 | | **4** | UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | 200,00 | | **AREA DE URIANALISIS** | |  | | **1** | EGO- EXAMEN DE ORINA | 25,00 | | **2** | PROTEINURIA 24 Hrs. | 60,00 | | **3** | CREATINURIA 24 Hrs. | 60,00 | | **4** | GASOMETRIA ARTERIAL | 550,00 | |  |  |  | | **15.** | **OTROS SERVCIOS DE LABORATORIOS** |  | | **1** | COVID-19 PRUEBA RAPIDA | 250,00 | | **2** | P.C.R. TIEMPO REAL COVID-19 | 600,00 | | **3** | ANTIGENO NASAL COVID-19 | 250,00 | | **4** | DETERMINACION IGM-IGG COVID-19 ELISA | 300,00 | |  |  |  | | **17.   RADIOLOGIA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | ABDOMEN SIMPLE | 220,00 | | **2** | TORAX PA ADULTO | 220,00 | | **3** | TORAX PA NIÑO | 170,00 | |  |  |  | | **18. EXTREMIDADES SUPERIORES** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | CLAVICULA | 130,00 | | **2** | HOMBRO AP | 130,00 | | **3** | ANTEBRAZO AP Y LAT | 170,00 | | **4** | MUÑECA AP Y LAT | 120,00 | | **5** | MANO AP Y OBLICUA | 140,00 | |  |  |  | | **19. EXTREMIDADES INFERIORES** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | PELVIS AP | 230,00 | | **2** | SACRO | 220,00 | | **3** | FEMUR AP/LAT C/U | 220,00 | | **4** | RODILLA AP Y LAT C/U | 200,00 | | **5** | ROTULA AXIAL (TRES Proyecciones) | 200,00 | | **6** | PIERNA AP/LAT | 230,00 | | **7** | TOBILLO AP / LAT | 180,00 | | **8** | PIE AP/OBLI | 140,00 | |  |  |  | | **20. BOBEDA CRANEAL Y CARA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | CRANEO AP Y LAT | 200,00 | |  |  |  | | **21. COLUMNA VERTEBRAL** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | COLUMNA CERVICAL AP/LAT | 200,00 | | **2** | COLUMNA DORSAL AP/LAT | 200,00 | | **3** | COLUMNA DORSOLUMBAR AP/LAT | 400,00 | | **4** | COLUMNA LUMBAR AP Y LAT | 200,00 | | **5** | COLUMNA LUMBROSACRA AP/LAT | 200,00 | |  |  |  | | **22.** | **ARANCEL DE ELECTROENCEFALOGRAMA** |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | ELECTROENCEFALOGRAMA | 500,00 | |  |  |  | | **23.   ESTUDIOS DE ECOGRAFIA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | ABDOMINAL | 200,00 | | **2** | GINECOLOGICA | 200,00 | | **3** | OSBTETRICA | 200,00 | | **4** | PROSTATICA | 200,00 | | **5** | RENAL | 200,00 | | **6** | TRANSVAGINAL | 200,00 | |  |  |  | | **24.   ESTUDIOS DE TOMOGRAFIA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | TAC.DE CRANEO SIMPLE | 700,00 | | **2** | TAC.DE ABDOMEN SIMPLE | 1.400,00 | | **3** | TAC. DE TORAX SIMPLE | 1.400,00 | |  |  |  | | **25. PAQUETES QUIRURGICOS** | |  | | **CESAREA** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | INCLUYE EQUIPO QUIRURGICO ( CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, 2º CIRUJANO, PEDIATRA E INSTRUMENTADORA) | 10.000,00 | | \* INCLUYE DOS NOCHES Y TRES DIAS DE INTERNACION HASTA MEDIO DIA | | \* QUIROFANO | | \* MÁQUINA DE ANESTESIA | | \* MONITOR | | \* OXIGENO | | \* MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN QUIROFANO Y DURANTE LA INTERNACION | | \* INSUMOS UTILIZADOS EN QUIROFANO Y DURANTE LA INTERNACION | | \* EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. | |  |  |  | | **PARTO** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | INCLUYE GINECÓLOGO | 5.000,00 | | \* PEDIATRA ATENCIÓN AL RN. | | \* SALA DE PARTOS | | \* 1 DIA DE INTERNACION | | \* MEDICAMENTOS E INSUMOS | |  |  |  | | **CIRUGÍA ABIERTA VESICULA Y APENDICE** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | INCLUYE EQUIPO QUIRURGICO ( CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, 2º CIRUJANO E INSTRUMENTADORA) | 10.000,00 | | \* INCLUYE DOS NOCHES Y TRES DIAS DE INTERNACION | | \* QUIROFANO | | \* MAQUINA DE ANESTESIA | | \* MONITOR | | \* OXIGENO | | \* MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN QUIROFANO Y DURANTE LA INTERNACION | | \* INSUMOS UTILIZADOS EN QUIROFANO Y DURANTE LA INTERNACION | | \* EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. | |  |  |  | | **CIRUGÍA LAPARASCOPICA VESICULA Y APENDICE** | |  | | **Nº** | **DETALLE** | **PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (BS.)** | | **1** | INCLUYE EQUIPO QUIRURGICO ( CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, 2º CIRUJANO E INTRUMENTADORA) | 10.000,00 | | \*INCLUYE DOS NOCHES Y TRES DIAS DE INTERNACION HASTA MEDIO DIA | | \* QUIROFANO | | \* EQUIPO LAPARASCOPICA | | \* MAQUINA DE ANESTESIA | | \* MONITOR | | \* OXIGENO | | \* MEDICAMENTOS QUIRGICOS Y DE INTERNACION | | \* INSUMOS QUIRURGICOS Y DE INTERNACION | | \* EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. |   **NOTA:** Dichas solicitudes tendrán que ser atendidas indistintamente de los servicios requeridos. La sumatoria total de las atenciones a realizarse de cada ítem no debe sobrepasar al monto global total establecido en el contrato suscrito.  Es atribución del Proveedor garantizar la provisión, calidad y pertinencia de todo el listado de servicios requeridos por Caja Bancaria Estatal de Salud.  La institución adjudicada deberá brindar **un ambiente (consultorio)**, para la atención de los asegurados de Caja Bancaria Estatal de Salud **sin ningún costo adicional**.  Asimismo, los precios unitarios reflejados en las especificaciones técnicas se enmarcan al global del presupuesto para la contratación.  Además, las especificaciones técnicas (servicios médicos) son las necesarias para otorgar las prestaciones en especie a los asegurados en la Regional Oruro no pudiendo suprimirse algunos exámenes y/o servicios. Así mismo la otorgación de medicamentos, insumos y dispositivos deberá estar dentro de la cobertura de la institución adjudicada, la misma deberá basarse estrictamente en el (LINAME), Lista Nacional de Medicamentos Esenciales y LINADIME (Lista Nacional de Dispositivos Médicos Esenciales).   1. **REQUISITOS**   Adjuntos a la propuesta:   * Fotocopia Simple del NIT. * Fotocopia del Carnet de Identidad del Representante Legal. * Registro Beneficiario SIGEP * Testimonio de Constitución de Empresa, (si corresponde). * Poder Notarial del Representante Legal, (si corresponde). * Experiencia especifica de 2 años (Debidamente documentados)  1. **MULTAS**   Las multas serán cobradas mediante descuentos establecidos expresamente por el FISCAL DE SERVICIO, por el incumplimiento de la presentación de la Nota de solicitud de pago, planilla de ejecución del servicio y respaldos, que corresponderá al uno por ciento (1%) por cada día de retraso, aplicable al monto a cancelar |  |
|  | **CONDICIONES GENERALES** |  |
| III | **MODALIDAD DE CONTRATACION** |  |
|  | Contratación Directa, bajo Reglamento para la atención de la Emergencia Sanitaria |  |
| IV | **LUGAR DE PRESENTACION DE DOCUMENTOS:** |  |
|  | Los proponentes deberán presentar sus propuestas de acuerdo a las características y condiciones técnicas solicitadas que serán llenadas en el cuadro de características de la propuesta, debidamente foliadas y rubricadas en sobre cerrado a la Unidad Solicitante, adjuntando una muestra de la oferta a la siguiente dirección (zona Miraflores Calle Panamá Nº 1162 de la Caja Bancaria estatal de Salud, 2ª piso en Oficina de Regionales) HASTA EL DIA VIERNES 03 DE JUNIO DE 2022 HRS. 11:30 am. |  |
| V | **FORMALIZACION DE CONTRATACION:** |  |
|  | El proponente adjudicado formalizara la contratación mediante contrato. |  |
| VI | **FORMA DE ADJUDICACION:** |  |
|  | Precio Evaluado Más Bajo conforme a las Especificaciones Técnicas y Condiciones Administrativas |  |
| VII | **VIGENCIA DE LA PROPUESTA:** |  |
|  | Mínimo 30 (Treinta) días calendario. |  |

**FUNCIONES DEL FISCAL DE SERVICIO REGIONAL ORURO DE C.B.E.S**

Para la ejecución de las funciones del Fiscal de Servicio, se procederá de la siguiente manera: la Máxima Autoridad Ejecutiva, mediante memorándum, designará al Fiscal de Servicio encargado(a) de la supervisión, seguimiento y control al PROVEEDOR del servicio.

Designado como FISCAL DE SERVICIO, solicitara copia del contrato suscrito y aranceles del proveedor adjudicado.

Cumplir con las instrucciones del Jefe de la Unidad de Servicios de Salud Regionales y/o por autoridades superiores de C.B.E.S.

Realizar la supervisión, seguimiento y control sobre las prestaciones del servicio, inspecciones sorpresivas (cuando corresponda) verificando que los servicios se realicen con estricto cumplimiento a las especificaciones técnicas, aranceles, tiempos estipulados, remisión de la información a la Unidad de Sistemas, SIIGAH, Bioestadística, y demás características establecidas en el contrato suscrito.

Coordinar permanentemente con el proveedor respecto a la adecuada provisión del servicio.

Atender de manera oportuna, reclamos verbales y escritos, asimismo todo tipo de comunicación o notificación relacionados con la fiscalización del servicio en apego del contrato suscrito.

Emitir informes de manera oportuna dirigidos al Jefe de la Unidad de Servicios de Salud Regionales, cuando se identifiquen irregularidades en la prestación del servicio, estableciendo las sanciones correspondientes de acuerdo a contrato suscrito.

El FISCAL DE SERVICIO, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, después de recibir dicha documentación de pago, emitirá nota de conformidad o la devolución de la documentación por única vez al PROVEEDOR para las correcciones, aclaraciones para una nueva conciliación.

El FISCAL DE SERVIO una vez que apruebe la planilla de ejecución del servicio, remitirá la misma a la Unidad de Servicios de Salud Regionales, en caso de encontrarse observaciones la Unidad de Servicios de Salud Regionales devolverá la documentación presentada, al PROVEEDOR del servicio.

Aprobar la Documentación de pago mediante Nota de conformidad y remitirla a la Unidad de Servicios de Salud Regionales para su revisión y presentación a la Unidad Administrativa Financiera de C.B.E.S. con el objeto de gestionar el proceso de pago dentro de los 15 días hábiles.

Controlar la ejecución del presupuesto y reportar el porcentaje en tiempos oportunos, para evitar el sobregiro de los servicios.

Remitir informes técnicos para la aplicación de multas por el servicio.

Control de pacientes atendidos por emergencias.

Confirmación y verificación de procedimientos realizados (Quirúrgicos, invasivos no invasivos).

Ejecutar el cumplimiento de instrucciones, normas generales y procedimientos emitidos por la C.B.E.S.

Homologación de Bajas Médicas Regionales, en base a requisitos suscritos por norma vigente.

Organización de Juntas Médicas, Participación de las Juntas Médicas para Paciente en Regionales. Manejo del Libro de Actas en las Juntas Médicas. Emisión de Resoluciones determinadas en las Juntas Médicas.

Emitir Informe Final de fiscalización a la conclusión del servicio, en el que se valore el cumplimiento del mismo, así como la recomendación para mejorar la prestación del servicio a futuro.

Regir todas sus actuaciones por conducto regular.

Coordinación para transferencias entre regionales.

Viabilizar transferencias para especialidades y/o subespecialidades.

Coordinación con Trabajo Social Regionales (Riesgo extraordinario, casos SOAT, casos para el comité Nacional de Prestaciones y otros).

Cumplir con las funciones y/o tareas solicitadas por personal superior, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

# FORMULARIO

# PRESENTACION DE PROPUESTA

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DATOS DEL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN** |  |
|  |  |
| **SEÑALAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN:** |  |

A nombre de **(*Nombre del proponente)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento, conforme con los siguientes puntos:

**I.- De las Condiciones del Proceso**

1. Declaro cumplir estrictamente la propuesta presentada.
2. Declaro no tener conflicto de intereses para la presente convocatoria.
3. Declaro, que como proponente, no me encuentro en las causales de impedimento, establecidas en el Artículo 43 de las NB-SABS, para participar en la presente convocatoria.
4. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a descalificar la presente propuesta, sin perjuicio de lo dispuesto en normativa específica.
5. Declaro la autenticidad de los documentos presentados en la propuesta, autorizando su verificación en las instancias correspondientes.
6. Me comprometo a denunciar, posibles actos de corrupción en la presente convocatoria, en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 974 de Unidades de Transparencia.
7. Acepto a sola firma de este documento que todos los Formularios presentados se tienen por suscritos.

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

***(Nombre completo)***

FORMULARIO PROPUESTA ECONÓMICA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS COMPLETADOS POR LA ENTIDAD CONVOCANTE** | | | | | | **PROPUESTA** | | |
| **(A SER COMPLETADO POR EL PROPONENTE)** | | |
| **ITEM** | **Descripción del bien** | **Cantidad solicitada** | **Unidad de Medida** | **Precio referencial unitario** | **Precio referencial total** | **Cantidad Ofertada** | **Precio Unitario** | **Precio Total** |
| **(Bs.)** | **(Bs.)** |
| **1** | * SERVICIOS MEDICOS PACIENTES COVID-19 REGIONAL ORURO - GESTION 2022 | 1 | SERVICIOS | 250.000,00 | 250.000,00 |  |  |  |
| **TOTAL PRECIO REFERENCIAL NUMERAL** | | | | | **250,000.00** | **TOTAL PROPUESTA (Numeral)** | |  |
| **TOTAL PRECIO REFERENCIAL: Doscientos Cincuenta Mil 00/100**  **BOLIVIANOS** | | | | | | **(Literal** | |  |