

NOMBRE DEL PROCESO: **CONTRATACION SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA** MODALIDAD: **CONTRATO MARCO**

MONTO REFERENCIAL: **40.500 Bs. (POR 2 AÑOS)**

FECHA DE INICIO DE LA COMPRA: **10/8/2022**

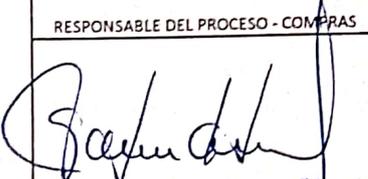
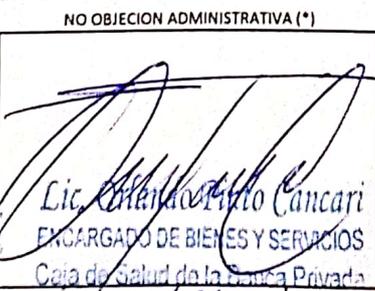
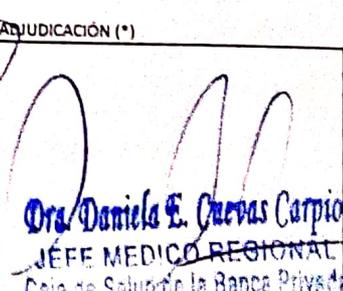
PARTIDA PRESUPUESTARIA: **25120**

JUSTIFICACION DE LA COMPRA: **CONTRATACION SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL POR EVENTO Y POR EL LAPSO DE 2 AÑOS – PRIMERA CONVOCATORIA**

RESUMEN DE ÍTEMS ADJUDICADOS

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDICION	PROPUESTA: DR. CRISTIAN JAVIER RENGEL RETAMOSO		OBSERVACIONES
				PRECIO (Bs.)	
<b>1</b>	<b>CONSULTA EXTERNA (ATENCION EN CONSULTORIO PRIVADO DEL PROFESIONAL)</b>				
1.1	PRIMERA CONSULTA (SESIÓN INICIAL)	SERVICIO		120.00	
1.2	RECONSULTA (SESIÓN DE SEGUIMIENTO POR UNA MISMA PATOLOGÍA)	SERVICIO		70.00	
SUMA PARCIAL				<b>190.00</b>	
LUGAR EN LA CALIFICACIÓN				<b>1</b>	
<b>2</b>	<b>CONSULTA EXTERNA (ATENCION EN POLICONSULTORIO DE LA CSBP)</b>				
2.1	PRIMERA CONSULTA (SESIÓN INICIAL)	SERVICIO	-	-	El Dr. Rengel no propone atención en Policonusltorio
2.2	RECONSULTA (SESIÓN DE SEGUIMIENTO POR UNA MISMA PATOLOGÍA)	SERVICIO	-	-	El Dr. Rengel no propone atención en Policonusltorio
SUMA PARCIAL				<b>-</b>	
LUGAR EN LA CALIFICACIÓN				<b>-</b>	
<b>3</b>	<b>HOSPITALIZACION (EMERGENCIAS A LLAMADO)</b>				
3.1	PRIMERA CONSULTA (SESIÓN INICIAL)	SERVICIO		220.00	
3.2	RECONSULTA (SESIÓN DE SEGUIMIENTO POR UNA MISMA PATOLOGÍA)	SERVICIO		100.00	
SUMA PARCIAL				<b>320.00</b>	
LUGAR EN LA CALIFICACIÓN				<b>1</b>	

ADJUDICACION: **DR. CRISTIAN JAVIER RENGEL RETAMOSO**

RESPONSABLE DEL PROCESO - COMPRAS	NO OBJECION ADMINISTRATIVA (*)	APROBACIÓN DEL GASTO Y ADJUDICACIÓN (*)	
 <b>Lic. Gary F. Heredia</b> AUXILIAR DE BIENES Y SERVICIOS Caja de Salud de la Banca Privada	 <b>Lic. Orlando Pinto Cancari</b> ENCARGADO DE BIENES Y SERVICIOS Caja de Salud de la Banca Privada	 <b>Lic. Angelo Sanabria Guzman</b> SUB ADMINISTRADOR Caja de Salud de la Banca Privada	 <b>Dra. Daniela E. Cuevas Carpio</b> JEFE MEDICO REGIONAL Caja de Salud de la Banca Privada
FIRMA Y FECHA	FIRMA Y FECHA <b>26/09/22</b>	FIRMA Y FECHA	FIRMA Y FECHA

(\*) SEGÚN LA MODALIDAD Y CUANTIA