

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### TJ-CMA-11-2023

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIAS EN GINECOLOGÍA, CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA Y OTROS POR EVENTO”** |

**Tarija, junio de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO TJ-CMA-11-2023**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Tarija invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIAS EN GINECOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA Y OTROS POR EVENTO – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: A las mejores propuestas que cumplan lo requerido.  Se podrá adjudicar los servicios a más de un proponente y los servicios contratados serán a requerimiento de la CSBP |
| Sistema de evaluación y adjudicación: **Cumple/No cumple** |
| Encargados de atender consultas: Dr. David Laura Calliconde  Lic. Esmeralda Rios Leyton |
| Correo electrónico: esmeralda.rios@csbp.com.bo |
| Teléfono: 66-45562 int. 8103 – 8113  Celulares: 79133100 - 67639375 |

**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMEREGENCIAS EN GINECOLOGÍA, CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA Y OTROS**

**POR EVENTO – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 23/06/2023 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Consultas escritas | 28/06/2023 | Hrs. 15:00 pm | [esmeralda.rios@csbp.com.bo](mailto:esmeralda.rios@csbp.com.bo) |
| 3 | Reunión de Aclaración | 30/06/2023 | Hrs. 15:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  <https://us04web.zoom.us/j/73298607724?pwd=10BOzH6nkoogHHcyCK9rJi8JzLXRsr.1>  Meeting ID: 732 9860 7724  Passcode: S40tm1 |
| 4 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 07/07/2023 | Hasta:  Hrs. 15:00 | **Presentación Física:** Las propuestas deberán presentarse en instalaciones de la Caja de Salud de la Banca Privada, Recepción de Correspondencia – Oficina Tarija (Calle 15 de abril # 432 entre Delgadillo e Isaac Attie) en sobre cerrado en el primer piso área de Contabilidad. |
| 5 | Apertura de Ofertas. | Hasta: 07/07/2023 | Hasta:  Hrs. 15:30 | **Apertura Física:**  Calle 15 de abril # 432 entre Delgadillo e Isaac Attie |
| 6 | Resultado Del Proceso | \*14/07/2023 | | Notificación enviada al ó los adjudicados |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE I**  **INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** | |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE** | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº060/2021 del 30 de noviembre de 2021, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES** | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:   1. Profesionales de la especialidad objeto del proceso de contratación, legalmente establecidos en la ciudad de Tarija. 2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia. |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades:   * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada. * Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP. * Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.   Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación:   * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo. * Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa. * Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto. |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE** | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:   * 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.   2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.   3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente. |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP** | * 1. Instancia de Aprobación:     Lic. Rolando Requena Agente Regional  Lic. Cristina Meriles Contadora Regional   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Joaquín López Gerente General  Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero  Dr. Edgar Butron Gerente Médico |
| 1. **IDIOMA** | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA** | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN** | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:   1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física. 2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío. 3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación. |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:   1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso. 2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación. 3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.   La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.  Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.  Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.  El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:   1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC. 2. Error en el PC. |
| 1. **RESPONSABILIDAD** | En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre de responsabilidad alguna de los proponentes afectados con estás decisiones. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N°3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**   * La propuesta económica debe ser presentada en el **Formulario N°4** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales pro causas de fuerza mayor, caso fortuito o de reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del periodo de validades de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías si éstas fueron solicitadas, para lo que se consideré lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. 3. Para mantener la validez de la propuesta, el pronente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS** | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.  La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.  El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.  No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.  La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original y una copia DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **REGIONAL TARIJA,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: Calle 15 de abril # 432 entre Delgadillo e Isaac Attie.  ***…………………………………………………………….***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: TJ-CMA-11-2023**  **CONTRATACION DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIAS EN GINECOLOGÍA, CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA Y OTROS POR EVENTO**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  ***No abrir antes de horas 15:30 del día 7 de Julio de 2023***  Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante  nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá  solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o  complementaciones a la misma.  Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.  Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.  El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continua  participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora  límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución  del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución  en el Libro de Actas o Registro Electrónico.  La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor a 2% establecido es por ítems o lates, este 2% establecido es por ítem o lote. 4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria (Fianza Bancaria) de seriedad de Propuesta. 9. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 10. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO** | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | Para el caso de Contratos Marco, al ser bienes, obras y/o servicios parametrizados, donde se conoce las características exactas de lo que se requiere, el método de Calificación será cumple no cumple, ya que basta con que las propuestas cumplan con las características solicitadas y en base a los precios ofertados se podrá elegir a una o varias empresas para Contratar. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION** | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles.  Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.  En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN** | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:   1. Nómina de los proponentes y precios ofertados 2. Cuadros comparativos 3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica 4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia. 5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda. 6. Detalle de inhabilitación de propuestas, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de adjudicación o declaratoria desierta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **SUSCRIPCION DE CONTRATO** | |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta.  La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.  Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.  Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se dejará sin efecto la adjudicación y se evaluara al segundo con menor precio ofertado.  En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO** | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |

|  |
| --- |
| **PARTE V**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS**  **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIAZACION Y EMERGENCIAS EN GINECOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA Y OTROS (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| **Antecedentes**  La Caja de Salud de la Banca Privada, requiere contratar Servicios de Hospitalización, que garanticen una atención de calidad a su población afiliada, bajo la modalidad de compra de servicios por “evento”, respaldado por la correspondiente factura fiscal emitida por el proveedor del servicio, para lo cual se requiere de atención en dos áreas específicas **A)** Hospitalización en servicios Materno Infantil que incluye la atención de gineco-obstetricia, neonatología y otros anexos, **B)** Hospitalización y emergencias que incluyen la atención de especialidades como medicina interna, cirugía, traumatología u otros.  **EXPLICACION DE LA MODALIDAD DE COSTO POR EVENTO**  Los proponentes ofertaran un “Costo por Evento” en bolivianos, por cada uno de los servicios requeridos y descritos en el Formulario correspondiente.  La CSBP cancelará mensualmente por el total de los servicios prestados en el mes vencido, considerando para cada servicio el costo por evento ofertado y plasmado en el contrato, así como el número de veces que el servicio fue requerido.  **Farmacia y medicamentos**  Sobre el uso de medicamentos e insumos médicos, la CSBP requerirá instalado en ambientes del Centro Hospitalario contratado, un Botiquín (mueble y medicamentos) para la dispensación de medicamentos e insumos médicos para la atención de nuestros asegurados en consulta de emergencias y patología aguda, bajo responsabilidad de los médicos de guardia de la Clínica contratada, por lo mismo se realizará un arqueo mensual afín de cuidar su uso adecuado en caso de faltantes se exigirá la devolución de los medicamentos.  Cuando se requiera medicamentos e insumos para cirugías programadas y de emergencia o pacientes hospitalizados, los mismos serán dotados por la CSBP directamente de su Farmacia Institucional ubicada en el Policonsultorio, en base a las recetas de los médicos tratantes.  Sin embargo, cuando la CSBP requiera de algún medicamento o insumo médico que no tenga en stock (ni en el botiquín instalado en el centro Hospitalario ni en la Farmacia Institucional del Policonsultorio) o *en casos de extrema urgencia médica*, se acudirá al Centro Hospitalario para utilizar estos productos de su farmacia, los cuales serán DEVUELTOS por la CSBP. Esta DEVOLUCION deberá estar respaldada con las RECETAS correspondientes y será efectuada en un plazo máximo de 3 días hábiles de conocido el hecho.  **Adjudicación por ítems generales del servicio.**  Se debe considerar que la adjudicación de esta contratación en lo posible y de acuerdo a las ofertas presentadas será **“por los dos grandes grupos o bloques descritos A) Materno infantil que incluyen a gineco-obstetricia y B) hospitalización y emergencias para especialidades de medicina interna, cirugía y otras”**. **Por tanto, los proponentes deben ofertar por los servicios requeridos por la CSBP, pudiendo presentar propuestas parciales y adjudicarse solo un grupo o en su defecto por los dos grupos y adjudicarse ambos grupos.**  Así también los servicios especiales la CSBP pudiera en base a las ofertas recibidas tomar la decisión de adjudicarlos por separado son los servicios de TERAPIA INTENSIVA si no hubiese proponentes. Sin embargo, se considerará con mayor puntaje a los centros que presenten propuestas incluyendo todos los servicios.  **Características del contrato y su operatividad que aplica para ambos grupos.**  **Personal del Centro Hospitalario**  El Centro Hospitalario deberá contar mínimamente con Médicos de Guardia (las 24 horas del día, los 365 días del año), Auxiliares de Enfermería, Licenciadas de Enfermería, Personal capacitado en Terapia y todo el personal adicional requerido para una atención apropiada de nuestros asegurados en todos los servicios requeridos por la CSBP y ofertados por el proponente. Este personal será de dependencia del Centro Hospitalario y no tendrá ninguna relación contractual de índole laboral con la CSBP.  El Centro Hospitalario debe cubrir todas las cargas sociales que correspondan al personal de su dependencia, según establecen las leyes laborales. Este personal no tendrá ninguna relación de índole obrero – patronal con la CSBP.  El personal de apoyo dependiente del Centro Hospitalario debe estar plenamente acreditado en cuanto a **formación y experiencia** para el cargo asignado. La CSBP podrá solicitar en cualquier momento los Files de Personal del Centro Hospitalario con la finalidad de verificar el cumplimiento de esta exigencia.  **Los médicos tratantes de especialidad y subespecialidad, serán contratados directamente por la CSBP, bajo la reglamentación interna.**  El Centro Hospitalario proporcionará, a través de su personal paramédico, técnico y otros de su dependencia, apoyo a las actividades desarrolladas por los médicos de guardia del Centro y a los médicos especialistas de la CSBP, para una adecuada atención de la población afiliada en consulta externa de emergencia y hospitalización.  **Dinámica de atención primaria, emergencias y especialidad**  La atención de consulta por emergencia es de entera responsabilidad del Médico de Guardia, cuando la complejidad del caso sea mayor y sobrepase la capacidad resolutiva del médico de guardia, bajo criterios clínicos de diagnóstico, deberá llamar al especialista que corresponda, Médico Internista en el área clínica de adultos, Pediatría en niños, Ginecología cuando corresponda y Cirugía General y traumatología en caso de pacientes del área quirúrgica.  El personal médico y de enfermería asumen plenamente la responsabilidad legal por el acto médico y de procedimientos de enfermería según reglamentación nacional y el ejercicio medico profesional, por lo cual son responsables del tratamiento iniciado, prescripción y administración de medicamentos, por lo que deben regirse a los protocolos de actuación médica y protocolos de enfermería a fin de preservar el adecuado desarrollo de la actividad asistencial.  **Médicos de Guardia.** Serán contratados por el Centro Hospitalario para la atención de consultas de emergencias y atención de pacientes internados, con turnos de 24 horas del día, los 365 días del año, serán capacitados en el manejo del sistema informático SAMI por personal de la CSBP.  A fin de no saturar el servicio de emergencias por atenciones que no son de real emergencia (patología aguda ambulatoria) la Caja habilitara la atención continua por orden de llegada en el policonsultorio y los pacientes podrán ser reconducidos a este servicio en los horarios comunicados por la CSBP.  **Personal de enfermería, piso y servicios especiales.**  Las Enfermeras, deberán colaborar con las funciones destinadas a un buen manejo del paciente, así como del expediente clínico físico e informático, por lo tanto, debe verificar el llenado correcto de notas de enfermería, procedimientos, administración de medicamentos, firmas y sellos del personal médico, así como la conciliación diaria de medicamentos, insumos y materiales de curación proporcionados por la CSBP y por el Centro Hospitalario, etc.  El personal de enfermería bajo la supervisión de la jefe de Piso o similar debe velar por el confort del paciente, así como el aseo personal, debiendo estar la persona internada presentable para la hora de la visita médica (horario ideal para el aseo de 7:30 a 8:00 a.m.) y de su unidad antes de la visita médica.  El personal de enfermería debe colaborar con el paciente post operado e imposibilitado, en la toma de sus alimentos y aseo personal, efectuando desde el peinado, cepillado de dientes, masaje de cuerpo, etc. destinados a dar un confort adecuado del paciente.  El Centro Hospitalario debe proporcionar para la atención de pacientes en las diferentes secciones, personal de enfermería capacitado, con experiencia y debidamente acreditado en servicios de internación y otros especiales como quirófano y terapia intensiva.  Los costos del servicio de enfermería serán incluidos en el hotelería del servicio de internación en sala común y servicios especiales como terapia intensiva y/o neonatología.  **Personal Administrativo por parte del centro Hospitalario**  Con la finalidad de lograr coordinación inmediata con el Centro Hospitalario, para la resolución de problemas o desarrollo de actividades en forma oportuna, el Centro Hospitalario debe contar con:   * Un Coordinador Médico (director, jefe de hospitalización o similar). * Un Coordinador Administrativo. * Una jefa de Enfermeras coordinadora, con poder de decisión y permanencia en el Centro Hospitalario. * Una recepcionista telefónica, por turno para atención preferentemente de hrs. 08:00 a.m. a 20:00 p.m.   **Médicos especialistas de la CSBP**  La CSBP asistirá a su población protegida, con su plantel médico en todas las especialidades y subespecialidades, (personal médico de planta y bajo prestación de servicios por evento, la CSBP emitirá una nota informativa). Estos serán convocados por los Médicos de Guardia del Centro Hospitalario, mediante llamada telefónica a su celular respetando las líneas de transferencia médica por especialidades.  **Entrega de documentos y expediente clínico.**   * + - En cuanto al procesamiento y la presentación de documentos relacionados a los pacientes y exigidos por la CSBP, el Centro Hospitalario debe cumplir las normas establecidas por el PRONAC y los documentos técnicos normativos en sus diferentes servicios. Tal el caso de las Historias Clínicas que deben ser revisadas, ordenadas y completadas de acuerdo al formato Institucional de la CSBP, conteniendo los datos de formularios completos con firmas y sellos del personal médico y de enfermería, en un plazo máximo de 48 horas a partir del alta del paciente.     - Una vez cuantificadas las prestaciones recibidas por la Clínica contratada, deberán hacer llegar los expedientes clínicos originales a la CSBP, pudiendo quedar copia para el centro contratado, la entrega o debe pasar de los 15 días calendarios luego del alta del paciente.   **Manejo del Sistema Administrativo Medico Informático (SAMI) de la CSBP:**  Todo el personal del centro hospitalario, personal médico, personal de enfermería y personal administrativo relacionado con la atención a nuestros asegurados, recibirá capacitación para el uso del sistema informático SAMI de propiedad de la CSBP y que será instalado en el Centro adjudicado, para que se efectúe el registro de toda la información concerniente a las prestaciones.  médicas en las Historias Clínicas electrónica, registrando las consultas médicas, procedimientos de enfermería, atenciones quirúrgicas y otros.  **Equipamiento médico, material quirúrgico y médico.**  El centro proponente se compromete a mantener el equipamiento médico en óptimas condiciones de funcionamiento, además de la realización del mantenimiento preventivo y correctivo (si fuese necesario) de los equipos médicos en las diferentes áreas de trabajo; así también en el caso de instrumental médico quirúrgico (pinzas, gubias, etc.) proveer en cantidades suficientes y óptimas condiciones para el desarrollo seguro de los procedimientos y estudios a realizar dentro del centro.  En caso de desperfectos se comunicará con las autoridades del centro a fin de que remplazar, realizar el mantenimiento o modificar el material y/o instrumental observado en un plazo de 15 días hábiles a fin de no interrumpir el desarrollo de las prestaciones médicas, pasado este periodo si no se resolvieron las observaciones, la caja podrá iniciar las gestiones para sancionar al centro.  **SUPERVISION POR PARTE DE LA CSBP**  El servicio del Centro Hospitalario, estará bajo supervisión y coordinación de la Comisión de Recepción del servicio, misma que está compuesta de la siguiente manera:  Jefe Médico Regional Dr. David Laura Calliconde  Farmacéutica Regional Dra. Karina Martínez  Coordinador de enfermería (Clínica) Enf. Carmen Gutierrez.  Trabajadora Social Lic. Kruskaya Giraldez Hevia y Vaca  **DURACION DEL CONTRATO**  El contrato de **Servicio de Hospitalización** tendrá una duración de **dos años calendario** a partir de la firma del Contrato.  **Modalidad de contratación:**  Con el proponente elegido se firmará un contrato civil de Compra de Servicios por evento.  **Ubicación del Centro Hospitalario:**  El Centro Hospitalario, preferentemente debe estar ubicado en el área urbana.  **Aclaración importante sobre el costo ofertado:**  El costo propuesto para cada prestación o servicio por evento debe contemplar el **costo total y definitivo** incluyendo el equipamiento y personal involucrado en la prestación del servicio, no se aceptará costos no contemplados en su oferta de servicios.  Con la finalidad de que los proponentes puedan efectuar una estimación apropiada de las necesidades de la CSBP, y ofertar costos accesibles y preferenciales adjuntamos las **estadísticas institucionales** de la gestión 2022, del Servicio de Hospitalización y emergencia de la CSBP, Regional Tarija. Ver en el **ANEXO ESTADISTICAS** del presente Pliego Específico de Condiciones.  **Instalación de red (Cableado estructurado):**  El centro contratado deberá contar con Internet y puntos de conexión en las áreas más sensibles de atención al asegurado (plataforma, enfermería y quirófano), En caso de que el Centro Contratado no cuente con la cantidad suficiente de puntos de red para que la CSBP los pueda utilizar o no los tenga disponibles en los espacios que la CSBP vea más conveniente, el centro hospitalario deberá comprometerse a la habilitación de otros puntos de red o Wifi de acuerdo a la funcionalidad y distribución de las salas.  El centro debe contar con internet dedicado superior o igual a 15 megas; o internet compartido superior o igual a 25 megas, la clínica debe contar con cuatro equipos con:  hardware: equipo de escritorio o portátil, procesador mínimo i5 6ta generación, memoria RAM mínima de 4 GB, disco estado sólido. software: antivirus legal actualizado (no se acepta programas free o gratuitos), Windows 10 pro actualizado.  En todos los ambientes el Centro Hospitalario deberá dotar de una mesa para equipo de computación y una silla para los usuarios.  **Alimentación para el personal de la CSBP:**  El servicio de Alimentación del Centro Contratado, además de proveer alimentación a los pacientes asegurados, en lo posible otorgara un refrigerio al personal de la CSBP de la siguiente manera:   * Equipo quirúrgico: Refrigerio consistente porción solida (Sándwich) y porción liquida (café, té o refresco) para todo el equipo quirúrgico por cada cirugía, **sin costo adicional** a los servicios de quirófano.   **Nutricionista del proponente adjudicado:**  El Centro Contratado deberá contar con una Nutricionista que supervise el servicio de alimentación de los pacientes hospitalizados a fin de cumplir las dietas específicas garantizando el cumplimiento de las instrucciones médicas.  **Formularios institucionales.**  La CSBP proporcionará los formularios institucionales necesarios para los expedientes clínicos, solicitudes de exámenes complementarios y otros, que serán de propiedad y manejo exclusivo en las atenciones de los pacientes de la CSBP.  **Costo de llamadas Institucionales**  El Centro Hospitalario correrá con todos los gastos por concepto de llamadas telefónicas (locales o celulares) INSTITUCIONALES que se efectúe desde sus instalaciones. Como ejemplo no limitativo, mencionamos los siguientes casos: llamadas a asegurados, médicos especialistas, proveedores, al Policonsultorio de la CSBP, a administrativos de la CSBP, etc.  En el caso de llamadas de pacientes hospitalizados o familiares a PARTICULARES, que deseen realizar a terceras personas, esté costo correrá a cuenta del paciente, en función de los costos que el Centro Hospitalario disponga.  En caso de contar con fibra óptica la CSBP podrá conectar teléfonos de dedicación exclusiva con el policonsultorio dentro de los alcances de la INTRANET a fin de asegurar una fluida comunicación inter institucional.   |  |  | | --- | --- | | **CARACTERÍSTICA SOLICITADA**  ***REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES GENERALES. Aplica para A) y B).*** | | |  | |  | | *1* | Sala de Emergencias (Para la atención de nuestros pacientes, uso por el médico de guardia). |  | | 1a Disponibilidad mínima de 1 camilla. |  | | 1b Equipo de resucitación básica. |  | | *2* | Salas de internación individuales con baño privado (uso por evento). |  | | 2a Capacidad mínima de 2 camas de internación para materno infantil y/o 3 camas para las otras especialidades (compra por evento). |  | | 2b Camas y colchones en cada sala. |  | | *3* | Área quirúrgica con capacidad mínima de 1 quirófano completamente equipado y disponible para cirugías programadas y de emergencia (uso por evento). |  | | 3a Mesa quirúrgica y lámpara cialítica fija en correcto funcionamiento (funcionamiento verificado por profesionales de la CSBP). |  | | 3b Una máquina de anestesia completa en correcto funcionamiento y otra opcional para cirugías simultáneas (funcionamiento verificado por profesionales de la CSBP). Monitor con oxímetro y capnógrafo. |  | | *4* | Salas auxiliares 1) de parto o 2) de yesos (una o ambas, uso por evento). |  | | *5* | Sistema de provisión de oxígeno (puede ser portable o fijo). |  | | *6* | Servicios auxiliares de diagnóstico de Rayos X y Ecografía como mínimo, para atención de pacientes internados. |  | | *7* | Médicos de Guardia las 24 hrs. para la atención de consulta de emergencias y pacientes hospitalizados, mismos que constituyen personal de la Clínica. (compra por evento o monto fijo). |  | | *8* | Servicio de Limpieza (de la clínica o terciarizada) |  | | *9* | Servicio de Alimentación y Nutrición (de la clínica o terciarizada). |  | | *10* | Licencia de funcionamiento del SEDES. (o autoridad competente). |  | | *11* | Compromiso de conexión a internet con las siguientes características: Servicio de Internet:  DEDICADO superior o igual a 15 MEGAS; COMPARTIDO superior o igual a 25 MEGAS, la clínica debe contar con cuatro equipos con:  Hardware: Equipo de escritorio o Portátil, Procesador mínimo i5 6ta generación, Memoria RAM mínima de 4 GB, Disco estado SOLIDO.  Software: ANTIVIRUS LEGAL ACTUALIZADO (no se acepta programas free o gratuitos), Windows 10 pro actualizado.  Impresora; para la impresión de Historias Clínicas, Recetas y ordenes de exámenes auxiliares, protocolos y otros. |  | | **A. INFRAESTRUCTURA: Listado de Ambientes o Espacios** | |  | | *1* | **Consultorio o Sala de Emergencias con disponibilidad de 1 camilla.** |  | | **CARACTERISTICAS:** |  | | Un consultorio completo, con baño privado.  Iluminado y ventilado adecuadamente.  Con calefacción (central o portátil) para invierno.  Provisión de Oxígeno y aspiración (central o portátil).  Lavamanos para el personal médico con todos los insumos, incluyendo agua caliente y fría.  Teléfono interno con salida externa local y a celular.  De fácil accesibilidad para atención de urgencias.  Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza.  Posibilidad de instalación de equipo de computación y software médico de la CSBP.  Disposición de desechos según norma de bioseguridad. |  | | *2* | **Ambiente o cubículo de observación “internación transitoria” o hidratación: Por lo menos un cubículo con camilla e implementos básicos (además de la camilla de emergencia).** |  | | \* Iluminación, ventilación y calefacción (puede ser portátil) adecuadas.  \* Teléfono interno y timbre de llamado.  Ambiente o espacio cerca de enfermería o del médico de guardia, para el colocado de sueros, inyectables u otros procedimientos médicos o de enfermería para pacientes ambulatorios de emergencia que requieran ser observados (que no precisan de internación). |  | | *3* | **Salas de internación individuales con baño privado.** compra por evento |  | | **CARACTERISTICAS:** |  | | \* Salas individuales |  | | \* Baño en cada habitación con ducha, incluyendo agua caliente y fría, lavamanos y todos los insumos. |  | | \* Teléfono interno con salida externa local. Tv en buenas condiciones, con tv cable en cada habitación. |  | | \* Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza |  | | *4* | **Área quirúrgica** |  | | CARACETISTICAS: |  | | QUIROFANO |  | | *4* | \* Un quirófano de uso por evento para la CSBP, para cirugías programadas y de emergencia, a requerimiento sin restricciones de uso de acuerdo a programación de cirugías o presentación de emergencias quirúrgicas, habilitado las 24 horas del día incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. |  | | \* Un segundo quirófano adicional en caso de requerir cirugías simultaneas en caso excepcional de la CSBP. |  | | \* Sistema de Aspiración para cirugías (central o portátil) |  | | \* Provisión de O2. (central o portátil) |  | | \* Sistema de aire acondicionado y calefacción. |  | | \* Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  | | **SALA o AREA DE RECUPERACION:** | |  | | *4* | Ambiente con capacidad para alojar como mínimo 1 paciente de la CSBP. |  | | Área Descanso/ Vestuario Médicos |  | | Área de lavado manos |  | | Área de lavado de material quirúrgico |  | | Área de Suministros |  | | SALA DE ESTERILIZACION |  | | Un ambiente para esterilizar material médico quirúrgico. |  | | Instrumental estéril bajo Sistema de esterilización con Óxido de etileno |  | | *5* | **Estación de enfermería** por piso |  | | **CARACTERÍSTICAS:** |  | | Unidad de enfermería que cuente con: |  | | \* Área limpia para preparación de medicamentos |  | | \* Área contaminada para lavado y preparación de material. |  | | \* Área de recepción, para la atención directa de información |  | | \* Teléfono con comunicación interna con salida externa local y a celular |  | | \* Paredes y pisos lavables. |  | | **NOTA:** Si las piezas de internación se encuentran en varios pisos, será necesario una Unidad de Enfermería por piso, para el correcto seguimiento del paciente. |  | | *6* | **Rayos X.** |  | | **CARACTERÍSTICAS:** El costo por el servicio será por evento La CSBP requerirá de este servicio para pacientes hospitalizados, en quirófano y emergencias que acudan al Centro Hospitalario.  No para pacientes ambulatorios de Consulta externa y del Poli consultorio. |  | | Comprende la realización del estudio y el reporte correspondiente. (costo por evento) |  | | Capacidad para la toma de placas, incluyendo los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables, para las emergencias. ADJUNTAR COMPROMISO. |  | | La clínica debe contar con un profesional acreditado para la realización de estos estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION. |  | | *7* | **Ecografía.** |  | | **CARACTERISTICAS:** La CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y casos de emergencia de pacientes que acudan al centro hospitalario, siempre y cuando NO puedan trasladarse al centro externo contratado por la CSBP. (No en pacientes ambulatorios de Consulta Externa o del Policonsultorio) |  | | Comprende la realización del examen ecográfico y el reporte correspondiente. (el costo es por evento) |  | | Los estudios podrán requerirse en horarios diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables, de acuerdo a la patología del paciente y oportunidad de la atención médica. ADJUNTAR COMPROMISO. |  | | La clínica debe contar con un profesional acreditado que realice los estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION |  | | *8* | **Área de Farmacia.** |  | | **CARACTERISTICAS:** Almacenamiento de medicamentos para pacientes de la CSBP. |  | | Espacio para Vitrina para Botiquín de Farmacia. -Un espacio para ubicar la vitrina de medicamentos del botiquín de la C.S.B.P. |  | | Ambiente cercano al consultorio de emergencias o en el mismo consultorio. |  | | *9* | **Central de informaciones.** |  | | **CARACTERISTICAS:** |  | | Un ambiente ubicado al ingreso del centro hospitalario, que cuente con central telefónica y personal permanente en horarios de 8:00 am a 8:00 pm. Que informe adecuadamente al paciente sobre los servicios de hospitalización exclusivamente. |  | | *10* | **Salas de espera.** |  | | **CARACTERISTICAS:** |  | | Ambiente con capacidad de alojar mínimo 5 personas. |  | | Iluminación y ventilación adecuada. |  | | Baño equipado cerca de la sala de espera. |  | | *11* | **Áreas auxiliares para limpieza** |  | |  | CARACTERISTICAS: |  | | Ambiente adecuado para almacenar material e insumos de limpieza, bajo normas de bioseguridad. |  | | Con ambiente para el depósito final de desechos hospitalarios, según normas de bioseguridad. |  | | *12* | **Sala de terapia intensiva adultos** |  | | Ambiente adecuado para atención de pacientes críticos, bajo normas de bioseguridad (compra por evento). |  | | Personal capacitado y calificado para la atención las 24 hrs. (ENFERMERIA). |  | | Sistema de oxígeno, co2, aspiración (CENTRAL O PORTATIL) |  | | *13* | **Ascensor o rampla para el traslado de pacientes.** |  | | **CARACTERISTICAS:** |  | | Sistema de traslado de pacientes que incluyan un ascensor o una rampla. Una unidad adecuada para el centro hospitalario, consistente en camilla y silla de ruedas con capacidad mínima de 300 Kg. |  | | ***EXCLUSIVAMENTE PARA BLOQUE MATERNO INFANTIL SE EVALUARÁ EN INFRAESTRUCTURA:***  ***SOLO A)*** | |  | | *14* | **Sala de Partos** |  | | CARACTERISTICAS: |  | | Con mesa ginecológica para partos, articulable y en buenas condiciones. |  | | Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  | | Calefacción (puede ser portátil) |  | | Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza |  | | *15* | **Área de Recepción del Recién Nacido** |  | | CARACTERISTICAS: |  | | Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  | | Lavamanos para personal médico con agua caliente y fría. Con dispenser de antiséptico para manos. (de uso eventual para instrumental) |  | | Servo cuna para atención al Recién Nacido.  Calefacción (puede ser central o portátil) |  | | Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza. |  | | *16* | **Neonatología** |  | | Ambiente adecuado para la atención de neonatos críticos que requieran de atención especializada y monitoreada, bajo las normas de bioseguridad (compra por evento). |  | | Personal capacitado y calificado para la atención las 24 hrs (enfermería) |  | |  | Equipamiento mínimo necesario, según el grado de complejidad |  | | ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del servicio emergencias |  | | ·Tensiómetros de mercurio de pie o pared (2 piezas) |  | | ·Fonendoscopios: 1 para adultos, 1 pediátrico y 1 neonatal. |  | | ·Linternas para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 piezas) |  | | ·Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) |  | | ·Balanza neonatal (una pieza) |  | | ·Negatoscopio de dos cuerpos. |  | | ·Nebulizador para uso de pacientes hospitalarios |  | | ·Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños y adultos en cantidades suficientes. |  | | ·Instrumental necesario en la especialidad de traumatología para aplicación y retiro de yesos (Sierra eléctrica, Cizalla, Separador y tijeras lister) |  | | ·Instrumental e insumos necesarios para estudios auxiliares: Glucómetro, alcoholímetro, otros especificar. |  | |

**B. Equipamiento y mobiliario Especifico: según áreas y espacios requeridos SE EVALUARÁ PARA AMBOS GRUOS A) MATERNO INFANTIL Y B) MED INTERNA Y OTROS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA**  ***REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES GENERALES. Aplica para A) y B).*** | |
|  |
|  |
| *1* | **1. Sala de Emergencias general del centro hospitalario con disponibilidad de 1 camilla.** |  |
| **1.1 Equipos médicos.** |  |
| ·Camilla adecuada para emergencias con ruedas de transporte (1 pieza) |  |
| ·Lámpara auxiliar cuello de ganzo de luz fría (2 piezas) (o puede ser cialíticas). |  |
| ·Dos carros de curaciones equipados con insumos necesarios para cualquier procedimiento. |  |
| ·Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos. |  |
| ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del servicio emergencias |  |
| ·Tensiómetros de mercurio de pie o pared (2 piezas) |  |
| ·Fonendoscopios: 1 para adultos, 1 pediátrico y 1 neonatal. |  |
| *1* | ·Linternas para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 piezas) |  |
| ·Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) |  |
| ·Balanza neonatal (una pieza) |  |
| ·Negatoscopio de dos cuerpos. |  |
| ·Nebulizador para uso de pacientes hospitalarios |  |
| ·Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños y adultos en cantidades suficientes. |  |
| ·Instrumental necesario en la especialidad de traumatología para aplicación y retiro de yesos (Sierra eléctrica, Cizalla, Separador y tijeras lister) |  |
| ·Instrumental e insumos necesarios para estudios auxiliares: Glucómetro, alcoholímetro, otros especificar. |  |
| **TOTAL 1.1 Equipos médicos** |  |
| **1.2 Mobiliario ropa e insumos** |  |
| Vitrinas con cajonería |  |
| Escritorio con cajonería |  |
| ·Dos sillas recibidoras |  |
| ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) |  |
| ·Sabanillas en cantidad suficiente |  |
| ·Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes |  |
| ·Disponer de privacidad a pacientes por cortinas o persianas de separación con tela lavable, (no biombos) |  |
| ·Palanganas (cubetas) que faciliten la asepsia preferentemente de metal. |  |
| ·Trípodes para soporte de sueros (2 piezas) |  |
| **TOTAL 1.2 Mobiliario ropa e insumos** |  |
| *2* | **2. Ambiente o cubículo de observación o internación transitoria.** |  |
| ·Una camilla preferentemente con barandas de seguridad. |  |
| ·Un trípode de soporte de sueros. |  |
| ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) |  |
| **TOTAL 2 Ambiente o cubículo de observación e hidratación** |  |
| *3* | **3. Sala de internación individual con baño privado** |  |
| *3* | ·Cama ortopédica, con barandas de seguridad. |  |
| ·Colchón ortopédico con cobertores de protección para calor y frío y almohada. |  |
| ·Gradilla (en caso de que la cama no baje lo suficiente). |  |
| ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. |  |
| ·Un soporte para venoclisis por cada cama. |  |
| ·Edredón de invierno y otro de verano con dos frazadillas polares térmicas adicionales por cada cama. |  |
| ·Iluminación central y en cabecera. |  |
| ·Disponibilidad de comunicación telefónica. Intercomunicador en cabecera de cada cama. |  |
| ·Ropero con colgadores |  |
| ·Batas descartables para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes (en caso de pacientes con potencial riesgo de infección, aislados, otros; sin costo adicional) |  |
| ·Una mesa de noche o velador por cama |  |
| ·Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada pieza |  |
| ·Televisor fijo a color con buena recepción de los canales locales y TV cable y control remoto. |  |
| ·Una silla para visitas por cada pieza. |  |
| ·Basureros para desechos según norma de bioseguridad. |  |
| **TOTAL 3. Sala de internación individuales baño privado** |  |
| *4* | **4. Área quirúrgica** |  |
| **4.1 QUIROFANOS** |  |
| **4.1.1 Equipos médicos** |  |
| ·Mesa quirúrgica articulable completa con todos los movimientos. |  |
| ·Equipo de cirugía laparoscópica completo (opcional), que permita efectuar intervenciones quirúrgicas abdomen (de vesícula biliar), con instrumental complementario completo y en buenas condiciones (pinzas, trocares, reductores, óptica y otros) |  |
| ·Equipo de Rayos “X” portátil, |  |
| ·Máquinas de anestesia completa con vaporizador para sevofluorano, isofluorano y halotano. (una para cada quirófano). |  |
| ·Un desfibrilador por quirófano en adecuado funcionamiento |  |
| *4* | ·Equipo de monitoreo multiparámetros con capnografía y oximetría, incluida al equipo o como equipo adicional |  |
| ·Sistema de Brain pediátrico y de adultos. Con bolsas de ventilación de 500, 1000 y 2000 CC. |  |
| Sensores de oximetría adulto y pediátrica compatible con los monitores de signos vitales. |  |
| ·Electro bisturí mono polar y bipolar con electro coagulador, para cirugía convencional y laparoscópica que incluya placas fijas o desechables. |  |
| ·Negatoscopio de dos cuerpos en cada quirófano |  |
| ·Microondas para calentar soluciones parenterales (o en áreas cercanas). |  |
| ·Lámpara cialitica con dos brazos con sistema de regulación de intensidad luminosa (mínimo 1 por quirófano) |  |
| ·Un juego de laringoscopio pediátrico y de adultos con juego completo de hojas rectas y curvas, en diferentes números. |  |
| ·Un juego de cánulas de mayo y máscaras laríngeas para adultos, niños y neonatos. |  |
| ·Una pieza de ambu con reservorio para niños adultos y neonatos |  |
| ·Mascarillas y nariceras de oxígeno para adultos niños y neonatos. |  |
| ·Lentes de protección para todo el equipo quirúrgico. |  |
| ·Mandil de protección para Rayos “X” |  |
| ·El quirófano destinado a cirugía obstétrica deberá incluir un área de atención al recién nacido para la asistencia de neonato. Balanza, sistema de aspiración y oxígeno. |  |
| **TOTAL 4.1.1 Equipos médicos** |  |
| **4.1.2 Instrumental** |  |
| ·Compromiso de parte del Centro Hospitalario de que el instrumental quirúrgico será dotado de acuerdo a normas de esterilización internacionales y en buenas condiciones de funcionamiento, si existe instrumental viejo que sede espontáneamente deberán ser cambiados por el centro hospitalario. |  |
| ·Paquetes de Instrumental médico completos y en cantidad suficiente para cirugía mayor, mediana y menor en todas las especialidades incluyendo: cirugía general, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringológica, en caso de no contar con instrumental en alguna de las especialidades, deberán efectuar todas las gestiones para la dotación de este coordinando con el especialista. |  |
| Contar con Instrumental para cirugía laparoscópica de abdomen (para colecistectomía mínimo) |  |
| **TOTAL 4.1.2 Instrumental** |  |
| **4.1.3 Ropa Quirúrgica** |  |
| Ropa quirúrgica para todo el equipo quirúrgico de diferentes tallas, en buen estado y calidad en cantidad suficiente, para la realización de dos cirugías simultáneas. El requerimiento incluye ropa estéril según el procedimiento a realizar, aclarando que gorros, barbijos y botas deberán ser desechables acorde a las normas de bioseguridad e incluidas en el costo del servicio quirúrgico. |  |
| **TOTAL 4.1.3 Ropa Quirúrgica** |  |
| *4* | **4.2 SALA DE RECUPERACION** |  |
| ·Mínimo una camilla de transporte, con barandas de seguridad y soporte incluido para soluciones |  |
| ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del área quirúrgica. |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensores pediátricos y adultos. |  |
| ·Sabanas, sabanillas y frazadillas en cantidades suficientes |  |
| Tensiómetro y estetoscopio de adulto y pediátrico. |  |
| **TOTAL 4.2 SALA DE RECUPERACION** |  |
| **4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos** |  |
| ·Sillones de descanso en vestuario |  |
| ·Casilleros con colgadores y llaves individuales, suficientes para el personal médico y paramédico considerando 2 cirugías simultáneas inclusive. |  |
| Vasos y vajilla suficiente para el refrigerio. |  |
| ·Dispensador de agua caliente y fría. |  |
| **TOTAL 4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos** |  |
| **4.4 Área de lavado manos en quirófano.** |  |
| ·Agua caliente y fría. |  |
| ·Dispensador de antisépticos líquidos en todas sus variedades. |  |
| ·Cepillos para lavado de manos quirúrgico estériles |  |
| **TOTAL 4.4 Área de lavado manos** |  |
| **4.5 Lavado de material quirúrgico** |  |
| ·Lavamanos adecuado para instrumental. |  |
| ·Agua caliente y fría. |  |
| ·Materiales e insumos de limpieza y desinfección suficientes, de acuerdo a normas internacionales de bioseguridad. |  |
| **TOTAL 4.5 Lavado de material quirúrgico** |  |
| **4.6 Área de Suministros:** |  |
| · Contar con suministros suficientes para proveer material estéril para 2 cirugías diarias en forma simultánea. (Verificado en el momento de la visita). |  |
| ·Estantes para material estéril |  |
| ·Ventanilla o área de atención con mesón y/o escritorio |  |
| **TOTAL 4.6 Área de Suministros:** |  |
| *4* | **4.7 Sala de esterilización** |  |
| Cuaderno de registro del material estéril. |  |
| ·Esterilizador de vapor saturado a presión. |  |
| ·Lavamanos con agua caliente y fría. |  |
| ·Controles de esterilización especiales y registros |  |
| ·Estantes de almacenamiento de material. |  |
| ·Mesa para el preparado de material. |  |
| ·Microondas. |  |
| ·Elementos adecuados para el procedimiento al sistema de esterilización con óxido de etileno. |  |
| ·Dotación de ampollas, testigos y biológicos de control para óxido de etileno, en cantidades suficientes. |  |
| ·Sistema de sellado de paquetes para esterilización al óxido de etileno |  |
| **TOTAL 4.7 Sala de esterilización** |  |
| *5* | **5. Sala de partos (SOLO MATERNO INFANTIL A)** |  |
| **5.1 Atención de la madre.** |  |
| ·Mesa ginecológica articulable completa con taburete giratorio graduable |  |
| ·Paquetes quirúrgicos e instrumental suficiente para la atención de partos. |  |
| ·Mesa para preparación de campos. |  |
| ·Lámpara auxiliar con luz fría, preferentemente cialítica |  |
| ·Amniotomos |  |
| ·Equipo de reanimación para adulto completo (ambu con reservorios, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo para adultos) |  |
| ·Recipientes para manejo de residuos según normas de bioseguridad |  |
| ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas estériles. |  |
| ·Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras. |  |
| ·Dos carros de curación, el primero que incluya antisépticos en todas sus variedades, gasas apósitos en cantidades suficientes, el segundo sirve como mesa auxiliar. |  |
| ·Ropa estéril con dotación suficiente y oportuna |  |
| Mandil estéril o bata quirúrgica adecuado para el personal médico |  |
| **TOTAL 5.1 Atención de la madre** |  |
| **5.2 Atención del recién nacido. (solo se califica en materno infantil).** |  |
| *5* | ·Balanza para neonatología |  |
| ·Área de atención al recién nacido adecuada en temperatura, luz y segura a los movimientos del neonato. |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensor neonatal |  |
| ·Equipo de reanimación neonatal completo: (ambu con reservorio, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo neonatales) |  |
| ·Mascarillas laríngeas neonatales |  |
| ·Mesón de atención de recién nacido, |  |
| ·Insumos de limpieza y desinfección para la sala |  |
| ·Sistema de aspiración completo y en adecuado funcionamiento que incluya cánulas de aspiración. |  |
| ·Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras, sistema de aspiración |  |
| ·Material y equipamiento para la toma de medidas antropométricas. |  |
| **TOTAL 5.2 Atención del recién nacido** |  |
| *6* | **6. Área de Neonatología. (solo se califica en materno infantil).** |  |
| ·Una incubadora completa y en correcto funcionamiento. |  |
| ·Dos cunas lavables, transportables y con posibilidad de posición fowler. |  |
| ·Un equipo de luminoterapia percutánea con filtro y protección de los recién nacidos, |  |
| ·Mesa de examen con tallímetro balanza neonatal y equipo de antropometría neonatal |  |
| Una Servocuna en correcto funcionamiento. |  |
| ·Halos cefálicos en todos sus tamaños |  |
| ·Una Aerocámara |  |
| ·Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños en cantidades suficientes. |  |
| ·Un fonendoscopio neonatal. |  |
| ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración. |  |
| ·Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras |  |
| ·Estantería para medicamentos y ropa propia de la sala. |  |
| ·Todas las cunas contaran con dotación de ropa de cama en condiciones óptimas de limpieza y calidad (mínimo dos juegos completos por cuna), (dos) frazadas específicas para transporte de recién nacidos. |  |
| ·Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio |  |
| ·Disponibilidad de contenedores para ropa y desechos según normas de bioseguridad. |  |
| *6* | **TOTAL 6. área de Neonatología** |  |
| **7. Estación de enfermería Se evalúa en ambos grupos A) y B).** |  |
| **7.1 Equipamiento** |  |
| ·Carro de paro cardiaco equipado con todo lo necesario según normas internacionales, que garantice la atención del paciente. |  |
| -Escritorio y sillas |  |
| ·Tabla de reanimación. |  |
| ·Área de historias clínicas de fácil acceso. |  |
| ·Un refrigerador para uso exclusivo de medicamentos con acceso al personal de los diferentes turnos. |  |
| ·Central de timbres con desactivación de llamado en pieza del paciente |  |
| ·Doppler fetal (portátil) |  |
| ·Intercomunicador para todos los pisos y servicios |  |
| ·Un negatoscopio por central de enfermería. |  |
| ·Equipo de Nebulización. |  |
| ·Vaporizador |  |
| ·Humidificadores, flujómetros de oxígeno con mascarillas, puntas nasales para adultos y niños en cantidades suficientes. |  |
| ·Dos tensiómetros de mercurio y de pie con ruedas y tres estetoscopios mínimos por piso. |  |
| ·Un tensiómetro pediátrico mínimo por piso, con brazales de diferentes dimensiones. |  |
| ·Un estetoscopio pediátrico y neonatal mínimo por piso. Otoscopio. |  |
| ·Glucómetro digital (mínimo 1 por piso) con disponibilidad de cintas reactivas en cantidad suficiente. |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensor para niños y adultos. |  |
| ·Espéculos ginecológicos de diferentes tamaños y en cantidades suficientes. |  |
| ·Linternas con luz funcionando (mínimo 2 por piso). |  |
| ·Trípodes una por pieza. |  |
| ·Un arco balcánico. |  |
| ·Una silla de ruedas |  |
| ·Camillas de transporte con ruedas |  |
| ·Estación intermedia de desechos según normas de bioseguridad. |  |
| ***7*** | **TOTAL 7.1 Equipamiento** |  |
| **7.2 Mobiliario Enfermería.** |  |
| ·Mostrador para atención al público. |  |
| ·Tapas metálicas para historias clínicas en cantidad suficiente |  |
| ·Casilleros individuales por pieza para medicamentos del paciente. |  |
| ·Tarjetero para tratamientos. |  |
| ·Estantería para almacenamiento de material, instrumental y medicamentos. |  |
| **TOTAL 7.2 Mobiliario** |  |
| **7.3 Otro equipamiento** |  |
| ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. |  |
| ·Lavado de instrumental con lavamanos de dos cuerpos, agua caliente y fría todo el tiempo. |  |
| ·Dispensador de jabón líquido y dotación permanente de papel toalla. |  |
| ·Un carro de curaciones completamente equipadas por central de enfermería. |  |
| ·Equipos de curación y sutura en cantidad suficiente (mínimo 4 por central de enfermería). |  |
| ·Irrigador para enemas evacuantes en cantidad suficiente y a requerimiento. |  |
| ·Instrumental para procedimientos menores, tijeras, pinzas, cánula, sonda, etc. |  |
| **TOTAL 7.3 Otro equipamiento** |  |
| *8* | **8. Estudios auxiliares (radiografía y ecografía)** |  |
| ·Equipo fijo de Rx. |  |
| ·Ecógrafo de buena resolución, con transductores de diferentes tipos e impresora |  |
| **TOTAL 8. Rayos X** |  |
| *9* | **9. Otros servicios de diagnóstico** |  |
| ELECTROCARDIOGRAFO |  |
| ·Equipo confiable para la toma de ECG. e impresora con papel suficiente para pacientes hospitalizados y de emergencia. |  |
| EQUIPO DE ENDOSCOPIA |  |
| Capacidad para endoscopias altas y bajas |  |
| **TOTAL 9. Otros servicios de diagnóstico** |  |
| *10* | **10. Central de informaciones** |  |
| Sistema telefónico con capacidad para recepción y transferencia de llamadas telefónicas en toda la red instalada en los ambientes de la Clínica y salas de internación. |  |
| **TOTAL 10. Central de informaciones** |  |
| *11* | **11. Salas de espera** |  |
| ·Sillones de espera ergonómicos ubicados de forma adecuada (para un mínimo 8 personas) |  |
| ·Televisor fijo con tv cable. |  |
| ·Revistero o Mesa central que permita el acceso a información escrita de la CSBP. |  |
| ·Espacio para colocar buzón de sugerencias |  |
| **TOTAL 11. Salas de espera** |  |
| *12* | **12. Áreas auxiliares para limpieza** |  |
| ·Carros de transporte de desechos desde la fuente hasta la estación final. |  |
| ·Material de limpieza e insumos adecuados en cantidad suficiente para el centro hospitalario. |  |
| **TOTAL 12. Áreas auxiliares para limpieza** |  |
| *13* | **13. Sala de Terapia Intensiva Adultos.** |  |
| Monitor multiparamétrico, oxímetro/capnógrafo, electrocardiógrafo, FC |  |
| Aspirador en sala (en pared o portátil) |  |
| Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del servicio. |  |
| Respirador mecánico adultos y niños. |  |
| **TOTAL 13. Sala de Terapia Intensiva** |  |
| *14* | **14. Ascensor o rampla para el traslado de pacientes** |  |
| ·Barandas de seguridad con protección para pacientes. |  |
| **TOTAL 14. Total, Ascensor o rampla para el traslado de pacientes** |  |
| **Total B. Equipamiento y Mobiliario** |  |

**C. Servicios generales: Servicios y sistemas necesarios para el funcionamiento del Centro Hospitalario Descripción en ambos A) y B).**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA**  ***REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES GENERALES. Aplica para A) y B).*** | |
|  |
|  |
|  | **1. Sistema de comunicación telefónica** |  |
|  | ·Central telefónica con dos líneas telefónicas para entrada y salida externa a teléfonos fijos y celulares. |  |
|  | · El costo del servicio institucional para llamar a fijos y celulares de médicos especialistas, servicios externos, a la CSBP, etc., deberá ser cubierto por el centro contratado sin cargo para la CSBP. Las salidas a teléfono fijo y celular realizadas por llamadas particulares de pacientes hospitalizados serán canceladas por el asegurado. |  |
|  | **2. Sistema de Timbres** |  |
|  | · Sistema de timbres instalados en todas las salas de internación ubicados en la cabecera del paciente y en el ambiente de observación. |  |
|  | **3. Red interna informática con por lo menos tres puntos disponibles para enfermería, quirófano y emergencia.** |  |
|  | El centro hospitalario provee el servicio de Internet y será para alimentar el sistema administrativo medico integrado, SAMI mismo que será utilizado por personal del Centro Contratado y de la CSBP. |  |
|  | **5. Áreas para la instalación de equipos de computación** |  |
|  | · El hospital contratado debe permitir la instalación de los equipos de computación en área seguras y de poca circulación de personal ajeno a la CSBP y a la clínica  · La CSBP requerirá uno o dos equipos en los ambientes destinados al llenado de evoluciones hospitalaria y de emergencia.  · El Centro Contratado debe contar preferentemente con otros puntos de red, para emergencia, quirófano y piso (enfermería o sala).  . El centro debe comprometer que se realizara el llenado del sistema informático SAMI de la CSBP, para el reporte de pacientes hospitalizados, tanto del personal de enfermería y personal médico, previa capacitación por la CSBP. |  |
|  | **6. Grupo electrógeno o generador de energía eléctrica** |  |
|  | ·Circuitos de emergencia y normal, con transferencia automática y capacidad de abastecer al circuito de emergencia (emergencias, quirófano) |  |
|  | **7. Sistema básico anti incendios.** |  |
|  | ·Instalados según normas internacionales para centros hospitalarios. |  |
|  | **8. Servicio de Limpieza** |  |
|  | ·El centro hospitalario contratado proveerá el servicio de limpieza mediante personal propio o mediante una empresa acreditada y con experiencia en el manejo de la limpieza de ambientes hospitalarios y centros de salud. |  |
|  | · Los horarios y rutas establecidas por el servicio deberán establecerse en lo posible desde horas 7:00 a.m. a 21:00 p.m., con una frecuencia mínima de 2 limpiezas al día y más de aquellas áreas de elevado movimiento de pacientes. |  |
|  | · La provisión de insumos y materiales de limpieza deberá ser provista por el centro hospitalario servicio contratado (antisépticos, desinfectantes, ácido acético y hipoclorito de sodio, nebulizaciones, provisión de bolsas, recipientes de basura en todos los niveles, etc.). |  |
|  | · La CSBP tiene la atribución de realizar la supervisión del servicio acorde a la normativa institucional, debiendo el centro hospitalario considerar las sugerencias de bioseguridad de acuerdo a normativa, en función de la mejora continua. |  |
|  | **9. Sistema de vigilancia y Control de infecciones intrahospitalarias** |  |
|  | · El centro hospitalario contratado realizará de manera semestral la toma de muestras para el monitoreo de crecimiento microbiológico en los ambientes contratados por la CSBP. El costo del servicio deberá ser cubierto por el centro contratado. |  |
|  | · A requerimiento de la CSBP se realizarán controles cruzados de manera trimestral en laboratorios acreditados. El reporte de los resultados del control bacteriológico deberá ser remitido a la CSBP. |  |
|  | · En caso de detectarse anormalidades en el reporte el centro contratado deberá efectuar las acciones correctivas correspondientes, para garantizar la inocuidad del Servicio. |  |
|  | **10. Provisión de Material de Curación, en todos los servicios utilizados por la CSBP a costo de la Clínica** |  |
|  | Material de curación: |  |
|  | · Algodón normal y laminado, en cantidad suficientes |  |
|  | · Gasas normales, vaselinadas y furacinadas, apósitos de todo tipo y tamaño, en cantidad suficiente. |  |
|  | · Compresas en cantidades suficientes. |  |
|  | · Micropore, transpore, durapore y telas adhesivas en todas sus variedades y cantidades suficientes. |  |
|  | · Esponja de quemados estéril en todo tipo y tamaño en cantidades suficientes. |  |
|  | · Guantes de examinación en cantidades suficientes |  |
|  | . Jeringas en los distintos volúmenes según requerimiento. |  |
|  | Todos los insumos deben reunir una calidad que garantice la efectividad de los procedimientos efectuados, (curación, suturas, etc.) la clínica debe cuidar que los proveedores garanticen sus productos. |  |
|  | Insumos: |  |
|  | · Antisépticos de uso hospitalario (alcohol medicinal y yodado, yodo, agua oxigenada, povidona yodada y espumante, clorhexidina, quaxide, glutaraldehido, DG6 (cloruro de lapirio) etc., en cantidades suficientes. |  |
|  | · Azul de metileno, vaselina liquida y estéril, en cantidades suficientes. |  |
|  | · Agua destilada normal y estéril, en cantidad suficiente y sin límite. |  |
|  | Otros materiales |  |
|  | · Batas, gorros, botas, barbijos desechables, en cantidades suficientes y sin límite. |  |
|  | **11. Servicio de alimentación y nutrición** |  |
|  | Cocina: |  |
|  | Equipada con implementos, menaje, vajilla, carro térmico. |  |
|  | Personal para la atención que cumpla con las normas de higiene y bioseguridad |  |
|  | El ambiente debe ser destinado solo para cocina. |  |
|  | Comedor (opcional) Equipada con mesas sillas e implementos requeridos. |  |
|  | **12. Servicio de procedimientos auxiliares** |  |
|  | El centro hospitalario contratado deberá proveer con su propio personal los servicios de: |  |
|  | Terapias de rehidratación oral y parenteral ambulatorias. |  |
|  | Inyectables en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Policonsultorio de la CSBP.  Nebulizaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Policonsultorio de la CSBP.  Curaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Policonsultorio de la CSBP.  Enemas evacuantes en todas sus variedades. A pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias solamente.  Todos estos servicios deberán estar disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. |  |
|  | **Total. Servicios Generales** |  |
|  | **Total, general Calificación Técnica A.+B.+C. Cumple no Cumple.** |  |

**13 DATOS ESTADÍSTICOS (Referenciales)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATENCIONES EN CLÍNICA** | **2022** | **2023** |
| **MEDICINA GENERAL** | 2133 | 730 |
| **EGRESOS HOSPITALARIO EN CLÍNICA** | 291 | 118 |
| **CIRUGÍAS EN CLINICA** | 193 | 59 |

**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco TJ-CMA-11-2023**

**CONTRATACION DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIAS EN GINECOLOGÍA, CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA Y OTROS**

**(2 AÑOS)**

A nombre de ***(Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Imitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. 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 inhabilitar la presente propuesta y ejecutar la Garantía de Seriedad de Propuesta.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

**III.- De la Presentación de Documentos.**

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

**\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:**

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

**\*Para empresas Unipersonales**

a) Testimonio de Poder Registrado en FUNDEMPRESA, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

b) Matrícula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

d) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra propuesta por un periodo de ………***(indicar número de días que debe ser igual o superior a sesenta (60) días calendario)*** a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.

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

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

***(Nombre completo del proponente)***

**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. 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 N° 3**

**PROPUESTA TÉCNICA**

**CONTRATO MARCO N° TJ-CMA-11-2023**

**“CONTRATACION DE SERVICIOS HOSPITALIZACION Y EMERGENCIAS EN GINECOLOGÍA, CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA Y OTROS (2 AÑOS)”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **CARACTERÍSTICA SOLICITADA**  ***REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES GENERALES. Aplica para A) y B).*** | | **(CARACTERÍSTICAS OFERTADAS)**  **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** | **OBSERVACIONES**  **(Si considera)** | | | |  | | **Requerimientos Fundamentales o Habilitantes:** Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece como **INDISPENSABLES,** para un servicio de calidad a sus asegurados. Estos requerimientos deben ser satisfechos o cubiertos en un 100 % por las empresas proponentes para que sus propuestas puedan ser consideradas o habilitadas para etapas posteriores de calificación. Si algún proponente no cumple con alguno de estos requerimientos fundamentales, su propuesta será inhabilitada.  Los requisitos indispensables son los siguientes: | | | | | *1* | Sala de Emergencias (Para la atención de nuestros pacientes, uso por el médico de guardia). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | 1a Disponibilidad mínima de 1 camilla. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | 1b Equipo de resucitación básica. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *2* | Salas de internación individuales con baño privado (uso por evento). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | 2a Capacidad mínima de 2 camas de internación para materno infantil y/o 3 camas para las otras especialidades (compra por evento). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | 2b Camas y colchones en cada sala. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *3* | Área quirúrgica con capacidad mínima de 1 quirófano completamente equipado y disponible para cirugías programadas y de emergencia (uso por evento). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | 3a Mesa quirúrgica y lámpara cialítica fija en correcto funcionamiento (funcionamiento verificado por profesionales de la CSBP). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | 3b Una máquina de anestesia completa en correcto funcionamiento y otra opcional para cirugías simultáneas (funcionamiento verificado por profesionales de la CSBP). Monitor con oxímetro y capnógrafo. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *4* | Salas auxiliares 1) de parto o 2) de yesos (una o ambas, uso por evento). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *5* | Sistema de provisión de oxígeno (puede ser portable o fijo). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *6* | Servicios auxiliares de diagnóstico de Rayos X y Ecografía como mínimo, para atención de pacientes internados. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *7* | Médicos de Guardia las 24 hrs. para la atención de consulta de emergencias y pacientes hospitalizados, mismos que constituyen personal de la Clínica. (compra por evento o monto fijo). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *8* | Servicio de Limpieza (de la clínica o terciarizada) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *9* | Servicio de Alimentación y Nutrición (de la clínica o terciarizada). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *10* | Licencia de funcionamiento del SEDES. (o autoridad competente). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *11* | Compromiso de conexión a internet con las siguientes características: Servicio de Internet:  DEDICADO superior o igual a 15 MEGAS; COMPARTIDO superior o igual a 25 MEGAS, la clínica debe contar con cuatro equipos con:  Hardware: Equipo de escritorio o Portátil, Procesador mínimo i5 6ta generación, Memoria RAM mínima de 4 GB, Disco estado SOLIDO.  Software: ANTIVIRUS LEGAL ACTUALIZADO (no se acepta programas free o gratuitos), Windows 10 pro actualizado.  Impresora; para la impresión de Historias Clínicas, Recetas y ordenes de exámenes auxiliares, protocolos y otros. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **A. INFRAESTRUCTURA: Listado de Ambientes o Espacios** | | | |  | | *1* | **Consultorio o Sala de Emergencias con disponibilidad de 1 camilla.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Un consultorio completo, con baño privado.  Iluminado y ventilado adecuadamente.  Con calefacción (central o portátil) para invierno.  Provisión de Oxígeno y aspiración (central o portátil).  Lavamanos para el personal médico con todos los insumos, incluyendo agua caliente y fría.  Teléfono interno con salida externa local y a celular.  De fácil accesibilidad para atención de urgencias.  Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza.  Posibilidad de instalación de equipo de computación y software médico de la CSBP.  Disposición de desechos según norma de bioseguridad. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *2* | **Ambiente o cubículo de observación “internación transitoria” o hidratación: Por lo menos un cubículo con camilla e implementos básicos (además de la camilla de emergencia).** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Iluminación, ventilación y calefacción (puede ser portátil) adecuadas.  \* Teléfono interno y timbre de llamado.  Ambiente o espacio cerca de enfermería o del médico de guardia, para el colocado de sueros, inyectables u otros procedimientos médicos o de enfermería para pacientes ambulatorios de emergencia que requieran ser observados (que no precisan de internación). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *3* | **Salas de internación individuales con baño privado.** compra por evento | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Salas individuales | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Baño en cada habitación con ducha, incluyendo agua caliente y fría, lavamanos y todos los insumos. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Teléfono interno con salida externa local. Tv en buenas condiciones, con tv cable en cada habitación. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *4* | **Área quirúrgica** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | CARACETISTICAS: | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | QUIROFANO | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *4* | \* Un quirófano de uso por evento para la CSBP, para cirugías programadas y de emergencia, a requerimiento sin restricciones de uso de acuerdo a programación de cirugías o presentación de emergencias quirúrgicas, habilitado las 24 horas del día incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Un segundo quirófano adicional en caso de requerir cirugías simultaneas en caso excepcional de la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Sistema de Aspiración para cirugías (central o portátil) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Provisión de O2. (central o portátil) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Sistema de aire acondicionado y calefacción. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Teléfono interno con salida externa local y a celular. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **SALA o AREA DE RECUPERACION:** | |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  | | *4* | Ambiente con capacidad para alojar como mínimo 1 paciente de la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Área Descanso/ Vestuario Médicos | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Área de lavado manos | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Área de lavado de material quirúrgico | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Área de Suministros | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | SALA DE ESTERILIZACION | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Un ambiente para esterilizar material médico quirúrgico. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Instrumental estéril bajo Sistema de esterilización con Óxido de etileno | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *5* | **Estación de enfermería** por piso | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERÍSTICAS:** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Unidad de enfermería que cuente con: | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Área limpia para preparación de medicamentos | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Área contaminada para lavado y preparación de material. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Área de recepción, para la atención directa de información | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Teléfono con comunicación interna con salida externa local y a celular | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | \* Paredes y pisos lavables. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **NOTA:** Si las piezas de internación se encuentran en varios pisos, será necesario una Unidad de Enfermería por piso, para el correcto seguimiento del paciente. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *6* | **Rayos X.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERÍSTICAS:** El costo por el servicio será por evento La CSBP requerirá de este servicio para pacientes hospitalizados, en quirófano y emergencias que acudan al Centro Hospitalario.  No para pacientes ambulatorios de Consulta externa y del Poli consultorio. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Comprende la realización del estudio y el reporte correspondiente. (costo por evento) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Capacidad para la toma de placas, incluyendo los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables, para las emergencias. ADJUNTAR COMPROMISO. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | La clínica debe contar con un profesional acreditado para la realización de estos estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *7* | **Ecografía.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** La CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y casos de emergencia de pacientes que acudan al centro hospitalario, siempre y cuando NO puedan trasladarse al centro externo contratado por la CSBP. (No en pacientes ambulatorios de Consulta Externa o del Policonsultorio) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Comprende la realización del examen ecográfico y el reporte correspondiente. (el costo es por evento) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Los estudios podrán requerirse en horarios diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables, de acuerdo a la patología del paciente y oportunidad de la atención médica. ADJUNTAR COMPROMISO. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | La clínica debe contar con un profesional acreditado que realice los estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *8* | **Área de Farmacia.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** Almacenamiento de medicamentos para pacientes de la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Espacio para Vitrina para Botiquín de Farmacia. -Un espacio para ubicar la vitrina de medicamentos del botiquín de la C.S.B.P. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Ambiente cercano al consultorio de emergencias o en el mismo consultorio. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *9* | **Central de informaciones.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Un ambiente ubicado al ingreso del centro hospitalario, que cuente con central telefónica y personal permanente en horarios de 8:00 am a 8:00 pm. Que informe adecuadamente al paciente sobre los servicios de hospitalización exclusivamente. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *10* | **Salas de espera.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Ambiente con capacidad de alojar mínimo 5 personas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Iluminación y ventilación adecuada. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Baño equipado cerca de la sala de espera. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *11* | **Áreas auxiliares para limpieza** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | |  | CARACTERISTICAS: | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Ambiente adecuado para almacenar material e insumos de limpieza, bajo normas de bioseguridad. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Con ambiente para el depósito final de desechos hospitalarios, según normas de bioseguridad. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *12* | **Sala de terapia intensiva adultos** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Ambiente adecuado para atención de pacientes críticos, bajo normas de bioseguridad (compra por evento). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Personal capacitado y calificado para la atención las 24 hrs. (ENFERMERIA). |  |  |  | | Sistema de oxígeno, co2, aspiración (CENTRAL O PORTATIL) |  |  |  | | *13* | **Ascensor o rampla para el traslado de pacientes.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Sistema de traslado de pacientes que incluyan un ascensor o una rampla. Una unidad adecuada para el centro hospitalario, consistente en camilla y silla de ruedas con capacidad mínima de 300 Kg. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *14* | **Sala de Partos** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | **CARACTERISTICAS:** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Con mesa ginecológica para partos, articulable y en buenas condiciones. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Teléfono interno con salida externa local y a celular. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Calefacción (puede ser portátil) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *15* | **Área de Recepción del Recién Nacido** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | CARACTERISTICAS: | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Teléfono interno con salida externa local y a celular. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Lavamanos para personal médico con agua caliente y fría. Con dispenser de antiséptico para manos. (de uso eventual para instrumental) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Servo cuna para atención al Recién Nacido.  Calefacción (puede ser central o portátil) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | *16* | **Neonatología** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Ambiente adecuado para la atención de neonatos críticos que requieran de atención especializada y monitoreada, bajo las normas de bioseguridad (compra por evento). | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Personal capacitado y calificado para la atención las 24 hrs (enfermería) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | Equipamiento mínimo necesario, según el grado de complejidad | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del servicio emergencias | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Tensiómetros de mercurio de pie o pared (2 piezas) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Fonendoscopios: 1 para adultos, 1 pediátrico y 1 neonatal. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Linternas para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 piezas) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Balanza neonatal (una pieza) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Negatoscopio de dos cuerpos. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Nebulizador para uso de pacientes hospitalarios | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños y adultos en cantidades suficientes. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Instrumental necesario en la especialidad de traumatología para aplicación y retiro de yesos (Sierra eléctrica, Cizalla, Separador y tijeras lister) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | | ·Instrumental e insumos necesarios para estudios auxiliares: Glucómetro, alcoholímetro, otros especificar. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  | |

**B. Equipamiento y mobiliario Especifico: según áreas y espacios requeridos SE EVALUARÁ PARA AMBOS GRUPOS A) MATERNO INFANTIL Y B) MED INTERNA Y OTROS.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA**  ***REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES GENERALES. Aplica para A) y B).*** | | **CANTIDAD** | **(CARACTERÍSTICAS OFERTADAS)**  **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** | **OBSERVACIONES**  **(Si considera)** |
|  |
|  |
| **Requerimientos Fundamentales o Habilitantes:** Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece como **INDISPENSABLES,** para un servicio de calidad a sus asegurados. Estos requerimientos deben ser satisfechos o cubiertos en un 100 % por las empresas proponentes para que sus propuestas puedan ser consideradas o habilitadas para etapas posteriores de calificación. Si algún proponente no cumple con alguno de estos requerimientos fundamentales, su propuesta será inhabilitada.  Los requisitos indispensables son los siguientes: | | | | |  |
| *1* | **1. Sala de Emergencias general del centro hospitalario con disponibilidad de 1 camilla.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **1.1 Equipos médicos.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Camilla adecuada para emergencias con ruedas de transporte (1 pieza) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Lámpara auxiliar cuello de ganzo de luz fría (2 piezas) (o puede ser cialíticas). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dos carros de curaciones equipados con insumos necesarios para cualquier procedimiento. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del servicio emergencias |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Tensiómetros de mercurio de pie o pared (2 piezas) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Fonendoscopios: 1 para adultos, 1 pediátrico y 1 neonatal. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *1* | ·Linternas para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 piezas) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Balanza neonatal (una pieza) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Negatoscopio de dos cuerpos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Nebulizador para uso de pacientes hospitalarios |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños y adultos en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Instrumental necesario en la especialidad de traumatología para aplicación y retiro de yesos (Sierra eléctrica, Cizalla, Separador y tijeras lister) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Instrumental e insumos necesarios para estudios auxiliares: Glucómetro, alcoholímetro, otros especificar. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 1.1 Equipos médicos** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **1.2 Mobiliario ropa e insumos** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Vitrinas con cajonería |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Escritorio con cajonería |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dos sillas recibidoras |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sabanillas en cantidad suficiente |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Disponer de privacidad a pacientes por cortinas o persianas de separación con tela lavable, (no biombos) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Palanganas (cubetas) que faciliten la asepsia preferentemente de metal. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Trípodes para soporte de sueros (2 piezas) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 1.2 Mobiliario ropa e insumos** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *2* | **2. Ambiente o cubículo de observación o internación transitoria.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una camilla preferentemente con barandas de seguridad. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un trípode de soporte de sueros. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 2 Ambiente o cubículo de observación e hidratación** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *3* | **3. Sala de internación individual con baño privado** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *3* | ·Cama ortopédica, con barandas de seguridad. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Colchón ortopédico con cobertores de protección para calor y frío y almohada. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Gradilla (en caso de que la cama no baje lo suficiente). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un soporte para venoclisis por cada cama. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Edredón de invierno y otro de verano con dos frazadillas polares térmicas adicionales por cada cama. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Iluminación central y en cabecera. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Disponibilidad de comunicación telefónica. Intercomunicador en cabecera de cada cama. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Ropero con colgadores |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Batas descartables para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes (en caso de pacientes con potencial riesgo de infección, aislados, otros; sin costo adicional) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una mesa de noche o velador por cama |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada pieza |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Televisor fijo a color con buena recepción de los canales locales y TV cable y control remoto. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una silla para visitas por cada pieza. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Basureros para desechos según norma de bioseguridad. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 3. Sala de internación individuales baño privado** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *4* | **4. Área quirúrgica** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **4.1 QUIROFANOS** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **4.1.1 Equipos médicos** |  |  |  |  |
| ·Mesa quirúrgica articulable completa con todos los movimientos. |  |  |  |  |
| ·Equipo de cirugía laparoscópica completo (opcional), que permita efectuar intervenciones quirúrgicas abdomen (de vesícula biliar), con instrumental complementario completo y en buenas condiciones (pinzas, trocares, reductores, óptica y otros) |  |  |  |  |
| ·Equipo de Rayos “X” portátil, |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Máquinas de anestesia completa con vaporizador para sevofluorano, isofluorano y halotano. (una para cada quirófano). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un desfibrilador por quirófano en adecuado funcionamiento |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *4* | ·Equipo de monitoreo multiparámetros con capnografía y oximetría, incluida al equipo o como equipo adicional |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de Brain pediátrico y de adultos. Con bolsas de ventilación de 500, 1000 y 2000 CC. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Sensores de oximetría adulto y pediátrica compatible con los monitores de signos vitales. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Electro bisturí mono polar y bipolar con electro coagulador, para cirugía convencional y laparoscópica que incluya placas fijas o desechables. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Negatoscopio de dos cuerpos en cada quirófano |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Microondas para calentar soluciones parenterales (o en áreas cercanas). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Lámpara cialitica con dos brazos con sistema de regulación de intensidad luminosa (mínimo 1 por quirófano) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un juego de laringoscopio pediátrico y de adultos con juego completo de hojas rectas y curvas, en diferentes números. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un juego de cánulas de mayo y máscaras laríngeas para adultos, niños y neonatos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una pieza de ambu con reservorio para niños adultos y neonatos |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mascarillas y nariceras de oxígeno para adultos niños y neonatos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Lentes de protección para todo el equipo quirúrgico. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mandil de protección para Rayos “X” |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·El quirófano destinado a cirugía obstétrica deberá incluir un área de atención al recién nacido para la asistencia de neonato. Balanza, sistema de aspiración y oxígeno. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.1.1 Equipos médicos** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **4.1.2 Instrumental** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Compromiso de parte del Centro Hospitalario de que el instrumental quirúrgico será dotado de acuerdo a normas de esterilización internacionales y en buenas condiciones de funcionamiento, si existe instrumental viejo que sede espontáneamente deberán ser cambiados por el centro hospitalario. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Paquetes de Instrumental médico completos y en cantidad suficiente para cirugía mayor, mediana y menor en todas las especialidades incluyendo: cirugía general, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringológica, en caso de no contar con instrumental en alguna de las especialidades, deberán efectuar todas las gestiones para la dotación de este coordinando con el especialista. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Contar con Instrumental para cirugía laparoscópica de abdomen (para colecistectomía mínimo) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.1.2 Instrumental** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **4.1.3 Ropa Quirúrgica** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Ropa quirúrgica para todo el equipo quirúrgico de diferentes tallas, en buen estado y calidad en cantidad suficiente, para la realización de dos cirugías simultáneas. El requerimiento incluye ropa estéril según el procedimiento a realizar, aclarando que gorros, barbijos y botas deberán ser desechables acorde a las normas de bioseguridad e incluidas en el costo del servicio quirúrgico. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.1.3 Ropa Quirúrgica** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *4* | **4.2 SALA DE RECUPERACION** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mínimo una camilla de transporte, con barandas de seguridad y soporte incluido para soluciones |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del área quirúrgica. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensores pediátricos y adultos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sabanas, sabanillas y frazadillas en cantidades suficientes |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Tensiómetro y estetoscopio de adulto y pediátrico. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.2 SALA DE RECUPERACION** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sillones de descanso en vestuario |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Casilleros con colgadores y llaves individuales, suficientes para el personal médico y paramédico considerando 2 cirugías simultáneas inclusive. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Vasos y vajilla suficiente para el refrigerio. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dispensador de agua caliente y fría. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos** |  |  |  |  |
| **4.4 Área de lavado manos en quirófano.** |  |  |  |  |
| ·Agua caliente y fría. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dispensador de antisépticos líquidos en todas sus variedades. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Cepillos para lavado de manos quirúrgico estériles |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.4 Área de lavado manos** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **4.5 Lavado de material quirúrgico** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Lavamanos adecuado para instrumental. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Agua caliente y fría. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Materiales e insumos de limpieza y desinfección suficientes, de acuerdo a normas internacionales de bioseguridad. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.5 Lavado de material quirúrgico** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **4.6 Área de Suministros:** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Contar con suministros suficientes para proveer material estéril para 2 cirugías diarias en forma simultánea. (Verificado en el momento de la visita). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Estantes para material estéril |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Ventanilla o área de atención con mesón y/o escritorio |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.6 Área de Suministros:** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *4* | **4.7 Sala de esterilización** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Cuaderno de registro del material estéril. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Esterilizador de vapor saturado a presión. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Lavamanos con agua caliente y fría. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Controles de esterilización especiales y registros |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Estantes de almacenamiento de material. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mesa para el preparado de material. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Microondas. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Elementos adecuados para el procedimiento al sistema de esterilización con óxido de etileno. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dotación de ampollas, testigos y biológicos de control para óxido de etileno, en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de sellado de paquetes para esterilización al óxido de etileno |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 4.7 Sala de esterilización** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *5* | **5. Sala de partos (SOLO MATERNO INFANTIL A)** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **5.1 Atención de la madre.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mesa ginecológica articulable completa con taburete giratorio graduable |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Paquetes quirúrgicos e instrumental suficiente para la atención de partos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mesa para preparación de campos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Lámpara auxiliar con luz fría, preferentemente cialítica |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Amniotomos |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipo de reanimación para adulto completo (ambu con reservorios, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo para adultos) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Recipientes para manejo de residuos según normas de bioseguridad |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas estériles. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dos carros de curación, el primero que incluya antisépticos en todas sus variedades, gasas apósitos en cantidades suficientes, el segundo sirve como mesa auxiliar. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Ropa estéril con dotación suficiente y oportuna |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Mandil estéril o bata quirúrgica adecuado para el personal médico |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 5.1 Atención de la madre** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **5.2 Atención del recién nacido. (solo se califica en materno infantil).** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *5* | ·Balanza para neonatología |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Área de atención al recién nacido adecuada en temperatura, luz y segura a los movimientos del neonato. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensor neonatal |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipo de reanimación neonatal completo: (ambu con reservorio, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo neonatales) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mascarillas laríngeas neonatales |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mesón de atención de recién nacido, |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Insumos de limpieza y desinfección para la sala |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de aspiración completo y en adecuado funcionamiento que incluya cánulas de aspiración. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras, sistema de aspiración |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Material y equipamiento para la toma de medidas antropométricas. |  |  |  |  |
| **TOTAL 5.2 Atención del recién nacido** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *6* | **6. Área de Neonatología. (solo se califica en materno infantil).** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una incubadora completa y en correcto funcionamiento. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dos cunas lavables, transportables y con posibilidad de posición fowler. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un equipo de luminoterapia percutánea con filtro y protección de los recién nacidos, |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mesa de examen con tallímetro balanza neonatal y equipo de antropometría neonatal |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Una Servocuna en correcto funcionamiento. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Halos cefálicos en todos sus tamaños |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una Aerocámara |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un fonendoscopio neonatal. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Estantería para medicamentos y ropa propia de la sala. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Todas las cunas contaran con dotación de ropa de cama en condiciones óptimas de limpieza y calidad (mínimo dos juegos completos por cuna), (dos) frazadas específicas para transporte de recién nacidos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Disponibilidad de contenedores para ropa y desechos según normas de bioseguridad. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *6* | **TOTAL 6. área de Neonatología** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **7. Estación de enfermería Se evalúa en ambos grupos A) y B).** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **7.1 Equipamiento** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Carro de paro cardiaco equipado con todo lo necesario según normas internacionales, que garantice la atención del paciente. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| -Escritorio y sillas |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Tabla de reanimación. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Área de historias clínicas de fácil acceso. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un refrigerador para uso exclusivo de medicamentos con acceso al personal de los diferentes turnos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Central de timbres con desactivación de llamado en pieza del paciente |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Doppler fetal (portátil) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Intercomunicador para todos los pisos y servicios |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un negatoscopio por central de enfermería. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipo de Nebulización. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Vaporizador |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Humidificadores, flujómetros de oxígeno con mascarillas, puntas nasales para adultos y niños en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dos tensiómetros de mercurio y de pie con ruedas y tres estetoscopios mínimos por piso. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un tensiómetro pediátrico mínimo por piso, con brazales de diferentes dimensiones. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un estetoscopio pediátrico y neonatal mínimo por piso. Otoscopio. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Glucómetro digital (mínimo 1 por piso) con disponibilidad de cintas reactivas en cantidad suficiente. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensor para niños y adultos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Espéculos ginecológicos de diferentes tamaños y en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Linternas con luz funcionando (mínimo 2 por piso). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Trípodes una por pieza. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un arco balcánico. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Una silla de ruedas |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Camillas de transporte con ruedas |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Estación intermedia de desechos según normas de bioseguridad. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ***7*** | **TOTAL 7.1 Equipamiento** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **7.2 Mobiliario Enfermería.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Mostrador para atención al público. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Tapas metálicas para historias clínicas en cantidad suficiente |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Casilleros individuales por pieza para medicamentos del paciente. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Tarjetero para tratamientos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Estantería para almacenamiento de material, instrumental y medicamentos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 7.2 Mobiliario** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **7.3 Otro equipamiento** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Lavado de instrumental con lavamanos de dos cuerpos, agua caliente y fría todo el tiempo. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Dispensador de jabón líquido y dotación permanente de papel toalla. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Un carro de curaciones completamente equipadas por central de enfermería. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipos de curación y sutura en cantidad suficiente (mínimo 4 por central de enfermería). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Irrigador para enemas evacuantes en cantidad suficiente y a requerimiento. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Instrumental para procedimientos menores, tijeras, pinzas, cánula, sonda, etc. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 7.3 Otro equipamiento** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *8* | **8. Estudios auxiliares (radiografía y ecografía)** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipo fijo de Rx. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Ecógrafo de buena resolución, con transductores de diferentes tipos e impresora |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 8. Rayos X** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *9* | **9. Otros servicios de diagnóstico** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ELECTROCARDIOGRAFO |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Equipo confiable para la toma de ECG. e impresora con papel suficiente para pacientes hospitalizados y de emergencia. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| EQUIPO DE ENDOSCOPIA |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Capacidad para endoscopias altas y bajas |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 9. Otros servicios de diagnóstico** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *10* | **10. Central de informaciones** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Sistema telefónico con capacidad para recepción y transferencia de llamadas telefónicas en toda la red instalada en los ambientes de la Clínica y salas de internación. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 10. Central de informaciones** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *11* | **11. Salas de espera** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Sillones de espera ergonómicos ubicados de forma adecuada (para un mínimo 8 personas) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Televisor fijo con tv cable. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Revistero o Mesa central que permita el acceso a información escrita de la CSBP. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Espacio para colocar buzón de sugerencias |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 11. Salas de espera** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *12* | **12. Áreas auxiliares para limpieza** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Carros de transporte de desechos desde la fuente hasta la estación final. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Material de limpieza e insumos adecuados en cantidad suficiente para el centro hospitalario. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 12. Áreas auxiliares para limpieza** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *13* | **13. Sala de Terapia Intensiva Adultos.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Monitor multiparamétrico, oxímetro/capnógrafo, electrocardiógrafo, FC |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Aspirador en sala (en pared o portátil) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) exclusivo del servicio. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Respirador mecánico adultos y niños. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 13. Sala de Terapia Intensiva** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *14* | **14. Ascensor o rampla para el traslado de pacientes** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Barandas de seguridad con protección para pacientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **TOTAL 14. Total, Ascensor o rampla para el traslado de pacientes** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **Total B. Equipamiento y Mobiliario** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |

**C. Servicios generales: Servicios y sistemas necesarios para el funcionamiento del Centro Hospitalario Descripción en ambos A) y B).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA**  ***REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES GENERALES. Aplica para A) y B).*** | | **CANTIDAD** | **(CARACTERÍSTICAS OFERTADAS)**  **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** | **OBSERVACIONES**  **(Si considera)** |
|  |
|  |
| **Requerimientos Fundamentales o Habilitantes:** Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece como **INDISPENSABLES,** para un servicio de calidad a sus asegurados. Estos requerimientos deben ser satisfechos o cubiertos en un 100 % por las empresas proponentes para que sus propuestas puedan ser consideradas o habilitadas para etapas posteriores de calificación. Si algún proponente no cumple con alguno de estos requerimientos fundamentales, su propuesta será inhabilitada.  Los requisitos indispensables son los siguientes: | | | | |  |
| *1* | **1. Sistema de comunicación telefónica** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Central telefónica con dos líneas telefónicas para entrada y salida externa a teléfonos fijos y celulares. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · El costo del servicio institucional para llamar a fijos y celulares de médicos especialistas, servicios externos, a la CSBP, etc., deberá ser cubierto por el centro contratado sin cargo para la CSBP. Las salidas a teléfono fijo y celular realizadas por llamadas particulares de pacientes hospitalizados serán canceladas por el asegurado. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *2* | **2. Sistema de Timbres** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Sistema de timbres instalados en todas las salas de internación ubicados en la cabecera del paciente y en el ambiente de observación. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *3* | **3. Red interna informática con por lo menos tres puntos disponibles para enfermería, quirófano y emergencia.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| El centro hospitalario provee el servicio de Internet y será para alimentar el sistema administrativo medico integrado, SAMI mismo que será utilizado por personal del Centro Contratado y de la CSBP. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *4* | **4. Áreas para la instalación de equipos de computación** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · El hospital contratado debe permitir la instalación de los equipos de computación en área seguras y de poca circulación de personal ajeno a la CSBP y a la clínica  · La CSBP requerirá uno o dos equipos en los ambientes destinados al llenado de evoluciones hospitalaria y de emergencia.  · El Centro Contratado debe contar preferentemente con otros puntos de red, para emergencia, quirófano y piso (enfermería o sala).  . El centro debe comprometer que se realizara el llenado del sistema informático SAMI de la CSBP, para el reporte de pacientes hospitalizados, tanto del personal de enfermería y personal médico, previa capacitación por la CSBP. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *5* | **5. Grupo electrógeno o generador de energía eléctrica** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Circuitos de emergencia y normal, con transferencia automática y capacidad de abastecer al circuito de emergencia (emergencias, quirófano) |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *6* | **6. Sistema básico anti incendios.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·Instalados según normas internacionales para centros hospitalarios. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *7* | **7. Servicio de Limpieza** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| ·El centro hospitalario contratado proveerá el servicio de limpieza mediante personal propio o mediante una empresa acreditada y con experiencia en el manejo de la limpieza de ambientes hospitalarios y centros de salud. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Los horarios y rutas establecidas por el servicio deberán establecerse en lo posible desde horas 7:00 a.m. a 21:00 p.m., con una frecuencia mínima de 2 limpiezas al día y más de aquellas áreas de elevado movimiento de pacientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · La provisión de insumos y materiales de limpieza deberá ser provista por el centro hospitalario servicio contratado (antisépticos, desinfectantes, ácido acético y hipoclorito de sodio, nebulizaciones, provisión de bolsas, recipientes de basura en todos los niveles, etc.). |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · La CSBP tiene la atribución de realizar la supervisión del servicio acorde a la normativa institucional, debiendo el centro hospitalario considerar las sugerencias de bioseguridad de acuerdo a normativa, en función de la mejora continua. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *8* | **8. Sistema de vigilancia y Control de infecciones intrahospitalarias** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *8* | · El centro hospitalario contratado realizará de manera semestral la toma de muestras para el monitoreo de crecimiento microbiológico en los ambientes contratados por la CSBP. El costo del servicio deberá ser cubierto por el centro contratado. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · A requerimiento de la CSBP se realizarán controles cruzados de manera trimestral en laboratorios acreditados. El reporte de los resultados del control bacteriológico deberá ser remitido a la CSBP. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · En caso de detectarse anormalidades en el reporte el centro contratado deberá efectuar las acciones correctivas correspondientes, para garantizar la inocuidad del Servicio. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *9* | **9. Provisión de Material de Curación, en todos los servicios utilizados por la CSBP a costo de la Clínica** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Material de curación: |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Algodón normal y laminado, en cantidad suficientes |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Gasas normales, vaselinadas y furacinadas, apósitos de todo tipo y tamaño, en cantidad suficiente. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Compresas en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Micropore, transpore, durapore y telas adhesivas en todas sus variedades y cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Esponja de quemados estéril en todo tipo y tamaño en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Guantes de examinación en cantidades suficientes |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| . Jeringas en los distintos volúmenes según requerimiento. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Todos los insumos deben reunir una calidad que garantice la efectividad de los procedimientos efectuados, (curación, suturas, etc.) la clínica debe cuidar que los proveedores garanticen sus productos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Insumos: |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Antisépticos de uso hospitalario (alcohol medicinal y yodado, yodo, agua oxigenada, povidona yodada y espumante, clorhexidina, quaxide, glutaraldehido, DG6 (cloruro de lapirio) etc., en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *9* | · Azul de metileno, vaselina liquida y estéril, en cantidades suficientes. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Agua destilada normal y estéril, en cantidad suficiente y sin límite. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Otros materiales |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| · Batas, gorros, botas, barbijos desechables, en cantidades suficientes y sin límite. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *10* | **10. Servicio de alimentación y nutrición** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Cocina: |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Equipada con implementos, menaje, vajilla, carro térmico. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Personal para la atención que cumpla con las normas de higiene y bioseguridad |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| El ambiente debe ser destinado solo para cocina. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Comedor (opcional) Equipada con mesas sillas e implementos requeridos. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| *11* | **11. Servicio de procedimientos auxiliares** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| El centro hospitalario contratado deberá proveer con su propio personal los servicios de: |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Terapias de rehidratación oral y parenteral ambulatorias. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| Inyectables en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Policonsultorio de la CSBP.  Nebulizaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Policonsultorio de la CSBP.  Curaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Policonsultorio de la CSBP.  Enemas evacuantes en todas sus variedades. A pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias solamente.  Todos estos servicios deberán estar disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **Total. Servicios Generales** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |
| **Total, general Calificación Técnica A.+B.+C. Cumple no Cumple.** |  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |  |  |

## 

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**CONTRATO MARCO N° TJ-CMA-11-2023**

**“CONTRATACION DE SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIAS EN GINECOLOGÍA, CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA Y OTROS**

**(2 AÑOS)”**

**Lugar y fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Agradecemos a Us. (s) ofertar los servicios descritos a continuación, en moneda nacional (bolivianos) incluyendo impuestos de Ley, los mismos que deberán incluir máximo 2 decimales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | **PLAZO DE ENTREGA DEL SERVICIO** | **MONTO (BS)** |
| **A.-** | **MATERNO INFANTIL GINECOLOGIA Y OSTETRICIA** | | |
| **1** | Internación en habitación individual con baño privado y sofá/cama para acompañante |  | En Bs. |
| **2** | Consulta de Emergencia (se debe realizar un triaje en caso necesario a fin de determinar la emergencia). |  | En Bs. |
| **3** | Quirófano Cirugía Mayor, incluye uso de monitores y otros. |  | En Bs. |
| **4** | Quirófano Cirugía Mediana, incluye uso de monitores y otros. |  | En Bs. |
| **5** | Quirófano Cirugía Menor, incluye uso de monitores y otros. (si fuera necesario) |  | En Bs. |
| **6** | Internación transitoria (hidratación, etc.), especificar el tiempo y costo. |  | En Bs. |
| **7** | Sutura pequeña (hasta 6 puntos).  Las suturas realizadas por Médico de Guardia (Incluye materiales e insumos utilizados). |  | En Bs. |
| **8** | Sala de Partos |  | En Bs. |
| **9** | Inyectables IM - IV, sólo pacientes de consulta por emergencia (**el costo incluye los insumos**). a pacientes internados no se cobra. |  |  |
| **ACLARACION SOBRE LAS CURACIONES: Realizadas por Médico de Guardia o Enfermeras, sólo a pacientes de consulta por emergencia, a pacientes internados no se cobra porque es parte de la hotelería y cuidados de hospitalización.**  **Asimismo, las curaciones efectuadas por médicos tratantes de la CSBP a pacientes ambulatorios son excepcionales (Ejm. en horarios en que el Policonsultorio de la CSBP esté cerrado), solo se devolverá el material utilizado.** | | |
| **10** | Curación pequeña o plana (Incluye materiales e insumos utilizados) |  | En Bs. |
| **11** | Curación mediana (Incluye materiales e insumos utilizados) |  | En Bs. |
| **12** | Curación mayor (Incluye materiales e insumos utilizados) |  | En Bs. |
| **13** | Nebulizaciones SIN salbutamol, sólo pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados no se cobra) |  | En Bs. |
| **14** | Nebulizaciones CON salbutamol, sólo pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados no se cobra) |  | En Bs. |
| **15** | Enema evacuante |  | En Bs. |
| **16** | Enema murphy |  | En Bs. |
| **COLOCADO DE SUERO: sólo a pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados NO se cobra):** | | | |
| **18** | Suero de 500 c.c. |  | En Bs. |
| **19** | Suero de 1000 c.c. |  | En Bs. |
| **20** | Uso del Equipo de Histeroscopia con todo su equipamiento complementario. |  | En Bs. |
| **21** | Provisión de oxígeno a paciente internado en sala, especificar costo y unidad |  | En Bs. |
| **SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA (opcional)** | | | |
| Hotelería en sala de Terapia Intensiva, que además incluya: Uso de monitor multiparamétrico, carro de paro, desfibrilador cardiaco, accesorios, otros equipos y atención de enfermería por personal capacitado en esta área. Al respecto debe cotizarse según el siguiente detalle: | | | |
| **22** | Costo del 1er al 2do día |  | En Bs. |
| **23** | Costo del 3er al 5to día |  | En Bs. |
| **24** | Costo del 6to al 11vo día |  | En Bs. |
| **25** | Costo del 12vo día en adelante |  | En Bs. |
| **26** | Uso de Oxigeno por libra en Terapia Intensiva |  | En Bs. |
| **27** | Uso de Oxigeno por tubo de 2100 Lbs. en Terapia Intensiva |  | En Bs. |
| **28** | El oxígeno podrá ser proporcionado por la CSBP en tubos de oxígeno (preferentemente). |  | En Bs. |
| **ESPECIFICAR SI EL EQUIPAMIENTO DE UTI INCLUYE:** | | | |
| **29** | Ventilador mecánico niños |  | En Bs. |
| **30** | Ventilador mecánico adultos |  | En Bs. |
| **31** | Otros: favor detallar si existiese otro equipamiento sobresaliente de su Unidad de Terapia Intensiva |  | En Bs. |
| **32** | Costo por honorarios médicos incluir propuesta. La CSBP se reserva el derecho de contratar el servicio con el profesional del centro o realizar un contrato por otro profesional, de acuerdo al análisis de la oferta y comprar solo hotelería. |  | En Bs. |
| **SERVICIOS DE NEONATOLOGIA** | | | |
| **33** | Hotelería en sala de neonatología, que incluya: Uso de **incubadora (en funcionamiento)**, accesorios y atención de enfermería por personal capacitado en esta área. |  | En Bs. |
| **34** | Uso de Oxigeno por libra en neonatología |  | En Bs. |
| **35** | Uso de Oxigeno por tubo de 2100 Lbs. en neonatología |  | En Bs. |
| **36** | Equipo de luminoterapia en buen estado y condición. Indicar características del equipo. |  | En Bs. |
| **ESPECIFICAR SI EL EQUIPAMIENTO DE NEONATOLOGIA INCLUYE:** | | | |
| **37** | Carro de paro debidamente equipado |  | En Bs. |
| **38** | Otros: favor detallar otro equipamiento sobresaliente de la Unidad de Neonatología |  | En Bs. |
| **39** | Costo por honorarios médicos incluir propuesta. La CSBP se reserva el derecho de contratar el servicio con el profesional del centro o realizar un contrato por otro profesional, de acuerdo al análisis de la oferta y comprar solo hotelería. |  | En Bs. |
| **SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO** | | | |
| **Sólo para pacientes hospitalizados y de quirófano** | | | |
| **40** | Ecografía general |  | En Bs. |
| **41** | Ecografía ginecológica |  | En Bs. |
| **42** | Ecografía de urología |  | En Bs. |
| **43** | Ecografía Doppler (obstétrico). |  | En Bs. |
| **44** | Electrocardiograma |  | En Bs. |
| **45** | Glicemia |  | En Bs. |
| **RADIOLOGIA (Sólo pacientes hospitalizados y de quirófano) Radiografías de tamaño real. Radiografías de tamaño real.** | | | |
| **46** | Cráneo 2 posiciones (costo por placa) |  | En Bs. |
| **47** | Senos paranasales, Waters |  | En Bs. |
| **48** | Témporo mandibular |  | En Bs. |
| **49** | Hombro frente |  | En Bs. |
| **50** | Tórax frente |  | En Bs. |
| **51** | Columna cervical (costo por placa) |  | En Bs. |
| **52** | Columna dorsal (costo por placa) |  | En Bs. |
| **53** | Columna lumbar (costo por placa) |  | En Bs. |
| **54** | Columna sacro-coxígea (costo por placa) |  | En Bs. |
| **55** | Pelvis o cadera o fémur (costo por placa) |  | En Bs. |
| **56** | Extremidades por segmento (costo por placa) |  | En Bs. |
| **57** | Sialografía c/glándula |  | En Bs. |
| **58** | Esófago grafía |  | En Bs. |
| **59** | Estómago y duodeno doble contraste |  | En Bs. |
| **60** | Intestino delgado |  | En Bs. |
| **61** | Colon doble contraste (costo por placa) INCLUYE ENEMA |  | En Bs. |
| **62** | Colecistografía oral |  | En Bs. |
| **63** | Colangiografía endovenosa |  | En Bs. |
| **64** | Abdomen simple |  | En Bs. |
| **65** | Urografía endovenosa |  | En Bs. |
| **66** | Pielo-cistografía. |  | En Bs. |
| **67** | Cistografía miccional. |  | En Bs. |
| **68** | Histero-salpingografía. COSTO POR ESTUDIO. |  | En Bs. |
| **69** | Placas en colangiografía. COSTO POR PLACA. |  | En Bs. |
| **70** | Intensificador de imágenes (según el uso) |  | En Bs. |
| **71** | Fisioterapia (sólo casos autorizados expresamente y bajo circunstancias especiales). La CSBP contrata este servicio por separado para pacientes ambulatorios y también para atención de internados. |  | En Bs. |
| **72** | **Otras consideraciones en cuanto a costos**, describir o detallar otras características de costos que no estén descritas en los cuadros anteriores y que el proponente considere importantes y atrayentes a fin de ser consideradas por la comisión calificadora. Ejemplo: servicios no contemplados en el pliego, recargos, ambulancia, etc. |  | En Bs. |
| **NOTA: El control de presión arterial, toma de temperatura, inyectables y otros propios de enfermería en pacientes hospitalizados, no debe cobrarse por separado, es parte del servicio de enfermería y hotelería.** | | | |
| **B.-** | EMERGENCIAS Y HOSPITALIZACION GENERAL  MEDICINA INTERNA, CIRUGIA Y OTROS.  MEDICINA INTERNA, CIRUGIA Y OTROS. MEDICINA INTERNA, CIRUGIA Y OTROS. | | |
| **1** | Internación en habitación individual con baño privado y sofá/cama para acompañante (en caso de ser múltiple especificar camas y costos). |  | En Bs. |
| **2** | Consulta de Emergencia (se debe realizar un triaje en caso necesario a fin de determinar la emergencia). |  | En Bs. |
| **3** | Quirófano Cirugía Mayor, incluye uso de monitores y otros. |  | En Bs. |
| **4** | Quirófano Cirugía Mediana, incluye uso de monitores y otros. |  | En Bs. |
| **5** | Quirófano Cirugía Menor, incluye uso de monitores y otros. (si fuera necesario) |  | En Bs. |
| **6** | Internación transitoria (hidratación, etc.), especificar el tiempo y costo. |  | En Bs. |
| **7** | Sutura pequeña (hasta 6 puntos).  Las suturas realizadas por Médico de Guardia (Incluye materiales e insumos utilizados), las suturas mayores serán realizadas por el Cirujano de la CSBP. |  | En Bs. |
| **8** | Sala de yeso |  | En Bs. |
| **9** | Inyectables IM - IV, sólo pacientes de consulta por emergencia (el costo incluye los insumos). a pacientes internados no se cobra. |  | En Bs. |
| **ACLARACION SOBRE LAS CURACIONES: Realizadas por Médico de Guardia o Enfermeras, sólo a pacientes de consulta por emergencia, a pacientes internados no se cobra porque es parte de la hotelería y cuidados de hospitalización.**  **Asimismo, las curaciones efectuadas por médicos tratantes de la CSBP a pacientes ambulatorios son excepcionales (Ejm. en horarios en que el Policonsultorio de la CSBP esté cerrado), solo se devolverá el material utilizado.** | | | |
| **10** | Curación pequeña o plana (Incluye materiales e insumos utilizados) |  | En Bs. |
| **11** | Curación mediana (Incluye materiales e insumos utilizados) |  | En Bs. |
| **12** | Curación mayor (Incluye materiales e insumos utilizados) |  | En Bs. |
| **13** | Nebulizaciones SIN salbutamol, sólo pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados no se cobra) |  | En Bs. |
| **14** | Nebulizaciones CON salbutamol, sólo pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados no se cobra) |  | En Bs. |
| **15** | Enema evacuante |  | En Bs. |
| **16** | Enema murphy |  | En Bs. |
| **COLOCADO DE SUERO: sólo a pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados NO se cobra):** | | | |
| **17** | Suero de 500 c.c. |  | En Bs. |
| **18** | Suero de 1000 c.c. |  | En Bs. |
| **19** | Uso del Equipo de Laparoscopía con todo su equipamiento complementario. |  | En Bs. |
| **20** | Provisión de oxígeno a paciente internado en sala, especificar costo y unidad |  | En Bs. |
| **SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA (opcional)** | | | |
| **21** | Hotelería en sala de Terapia Intensiva, que además incluya: Uso de monitor multiparamétrico, carro de paro, desfibrilador cardiaco, accesorios, otros equipos y atención de enfermería por personal capacitado en esta área. Al respecto debe cotizarse según el siguiente detalle: |  | En Bs. |
| **22** | Costo del 1er al 2do día |  | En Bs. |
| **23** | Costo del 3er al 5to día |  | En Bs. |
| **24** | Costo del 6to al 11vo día |  | En Bs. |
| **25** | Costo del 12vo día en adelante |  | En Bs. |
| **26** | Uso de Oxigeno por libra en Terapia Intensiva |  | En Bs. |
| **27** | Uso de Oxigeno por tubo de 2100 Lbs. en Terapia Intensiva |  | En Bs. |
| El oxígeno podrá ser proporcionado por la CSBP en tubos de oxígeno (preferentemente). | | | |
| **ESPECIFICAR SI EL EQUIPAMIENTO DE UTI INCLUYE:** | | | |
| **28** | Ventilador mecánico niños |  | En Bs. |
| **29** | Ventilador mecánico adultos |  | En Bs. |
| **30** | Otros: favor detallar si existiese otro equipamiento sobresaliente de su Unidad de Terapia Intensiva |  | En Bs. |
| **31** | Costo por honorarios médicos incluir propuesta. La CSBP se reserva el derecho de contratar el servicio con el profesional del centro o realizar un contrato por otro profesional, de acuerdo al análisis de la oferta y comprar solo hotelería. |  | En Bs. |
| **SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO** | | | |
| Sólo para pacientes hospitalizados y de quirófano | | | |
| **32** | Ecografía Doppler |  | En Bs. |
| **33** | Ecografía general |  | En Bs. |
| **34** | Ecografía ginecológica |  | En Bs. |
| **35** | Ecografía de urología |  | En Bs. |
| **36** | Electrocardiograma |  | En Bs. |
| **RADIOLOGIA (Sólo pacientes hospitalizados, de quirófano y de emergencia) Radiografías de tamaño real.** | | | |
| **37** | Cráneo 2 posiciones (costo por placa) |  | En Bs. |
| **38** | Senos paranasales, Waters |  | En Bs. |
| **39** | Témporo mandibular |  | En Bs. |
| **40** | Hombro frente |  | En Bs. |
| **41** | Tórax frente |  | En Bs. |
| **42** | Columna cervical (costo por placa) |  | En Bs. |
| **43** | Columna dorsal (costo por placa) |  | En Bs. |
| **44** | Columna lumbar (costo por placa) |  | En Bs. |
| **45** | Columna sacro-coxígea (costo por placa) |  | En Bs. |
| **46** | Pelvis o cadera o fémur (costo por placa) |  | En Bs. |
| **47** | Extremidades por segmento (costo por placa) |  | En Bs. |
| **48** | Sialografía c/glándula |  | En Bs. |
| **49** | Esófago grafía |  | En Bs. |
| **50** | Estómago y duodeno doble contraste |  | En Bs. |
| **51** | Intestino delgado |  | En Bs. |
| **52** | Colon doble contraste (costo por placa) INCLUYE ENEMA |  | En Bs. |
| **53** | Colecistografía oral |  | En Bs. |
| **54** | Colangiografía endovenosa |  | En Bs. |
| **55** | Abdomen simple |  | En Bs. |
| **56** | Urografía endovenosa |  | En Bs. |
| **57** | Pielo-cistografía. |  | En Bs. |
| **58** | Cistografía miccional. |  | En Bs. |
| **59** | Histero-salpingografía. COSTO POR ESTUDIO. |  | En Bs. |
| **60** | Placas en colangiografía. COSTO POR PLACA. |  | En Bs. |
| **61** | Intensificador de imágenes (según el uso) |  | En Bs. |
| **62** | Fisioterapia (sólo casos autorizados expresamente y bajo circunstancias especiales). La CSBP contrata este servicio por separado para pacientes ambulatorios y también para atención de internados. |  | En Bs. |
| **63** | **Otras consideraciones en cuanto a costos**, describir o detallar otras características de costos que no estén descritas en los cuadros anteriores y que el proponente considere importantes y atrayentes a fin de ser consideradas por la comisión calificadora. Ejemplo: servicios no contemplados en el pliego, No recargos, servicio de ambulancia, etc. |  | En Bs. |
| **NOTA: El control de presión arterial, toma de temperatura, inyectables y otros propios de enfermería en pacientes hospitalizados, no debe cobrarse por separado, es parte del servicio de enfermería y hotelería.** | | | |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***