

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### CO-CMA-01-2025

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“****SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES - CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION (LABORATORIO, GABINETE, FARMACIA)”** |

**Cobija, febrero de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO N° CO-CMA-01-2025.**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Agencia Regional Coboja invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para prestar: |
| **SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES - CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION (LABORATORIO, GABINETE, FARMACIA)** |
| **Tipo de Convocatoria:** Contrato Marco |
| **Forma de adjudicación:** Por el total del servicio |
| **Sistema de evaluación y adjudicación:** Menor Precio |
| **Encargados de atender consultas:**  Técnicas: Dra. Daniela Cuevas – Jefe Medico Regional  Administrativas: Lic. Orlando Pinto – Responsable de Compras y BB&SS |
| Correo electrónico: [adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo](mailto:xxxxxxxxxx@csbp.co.bo) |
| Teléfono: 4582230 Int. 4512 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA/PLAZOS DEL PROCESO** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 19/02/2025 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Consultas Escritas | Hasta:  25/02/2025 | Hasta  Hrs. 15:00 | Dirigidas a: [adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo](mailto:proveedores@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | 26/02/2025 | Hrs.15:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 824 1031 0616  Passcode: 711043 |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  07/03/2025 | Hasta:  Hrs.15:00 | **Presentación Física:**   Departamento de Cochabamba, Zona Central, Calle Hamiraya N° 356, Edificio Policonsultorio CSBP Piso 5to Bloque “A”. |
| 6 | Apertura de Ofertas. | 07/03/2025 | Hrs. 15:15 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 824 1031 0616  Passcode: 711043 |
| 7 | Resultado Del Proceso | Hasta el 28/03/2025 | | Se notificará de forma escrita a los proponentes 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 y Contrataciones, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº032/2024 del 28 de junio de 2024, 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 y Contrataciones de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:   1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia. 2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia. |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Están impedidos de participar de manera directa o indirectamente en procesos de contratación de la CSBP las personas naturales o jurídicas que:   * Tengan proceso legal pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada. * Cuenten con Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año, con excepción de aquellos relacionados a la adquisición de medicamentos, insumos médicos y odontológicos. * Cuenten con Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año, con excepción de aquellos relacionados a la adquisición de medicamentos, insumos médicos y odontológicos. * Tengan sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP. * Que tengan deudas pendientes u obligaciones en mora con la CSBP. * Cuenten con 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. Álvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero  Dra. María Luisa Valenzuela Gerente Médico     * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Carlos Quiroga Gerente General  Lic. Álvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero  Dra. María Luisa Valenzuela 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 recibirlas 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. **RESPONSABILDAD** | En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre en responsabilidad alguna respecto de los proponentes afectados con estas decisiones. |
| 1. **MULTAS** | LA CSBP podrá aplicar multas por las siguientes causales:   1. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL CENTRO CONTRATADO   En caso de incumplimiento por parte del centro en la prestación de algún servicio ofertado y adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados a otro centro y cobrar al cntro contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado   1. EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES   En caso de que el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO defina como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:   * El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo. * El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo. * El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo. * El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato y la correspondiente ejecución de la Boleta de Garantía de Cumplimiento de Contrato  1. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTACIÓN DE REPORTE DE RESULTADOS EN FÍSICO Y DIGITAL, SE PENALIZARÁ CON EL DESCUENTO DEL 0.3% DEL PAGO MENSUAL PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES O DEL MONTO FIJO MENSUAL (Según Corresponda) |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **ACTIVIDADES PREVIAS, PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **ACTIVIDADES PREVIAS A LA PREPARACIÓN DE PROPUESTAS** | * 1. **CONSULTAS ESCRITAS SOBRE EL PEC**   Los proponentes interesados podrán realizar consultas escritas hasta la fecha señalada en el Cronograma descrito en el presente PC.  Las respuestas a las consultas escritas se harán conocer a todos los potenciales proponentes en la Reunión de Aclaración.  Las consultas presentadas fuera del plazo establecido no serán aceptadas ni consideradas por ser extemporáneas.   * 1. **REUNIÓN DE ACLARACIÓN**   La Reunión de Aclaración se llevará a cabo el día hora señalados en la convocatoria. En la Reunión de Aclaración, los proponentes podrán expresar sus consultas adicionales.  Realizada la Reunión de Aclaración, no se aceptará ninguna consulta posterior.  Las consultas efectuadas en la reunión de aclaración serán oportunamente publicadas en la página Web de la CSBP, con enmiendas si correspondiera |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los bienes 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.**   Fotocopia simple de los documento de respaldos requeridos.  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.   * **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA (ORIGINAL): Garantía a Primer requerimiento,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** con validez de **90 días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con características de: renovable, irrevocable y de ejecución inmediata, a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI, según corresponda. * Por Bs9.321 (Nueve mil trescientos veintiuno 00/100 Bolivianos)   Ejecución: esta garantía será ejecutada:   * Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas. * Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta. * Cuando el proponente adjudicado no presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato * Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.   Devolución: esta garantía será devuelta:   * Al proponente adjudicado, cuando entregue la garantía de cumplimiento de contrato * A los otros proponentes, una vez suscrito el contrato * Después de la declaratoria desierta de la convocatoria * Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * **FormularioN°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 **FormularioN°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 por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará 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 proponente 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, con excepción de la Boleta de Garantía de Seriedad de Propuesta.  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. **RECEPCIÓN 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**  **AGENCIA REGIONAL COBIJA,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: *Departamento de Cochabamba, zona Central, Calle Hamiraya N° 356, Edificio Policonsultorio de la CSBP quinto piso bloque “A”*  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: CO-CMA-01-2025**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas del día** 07 **de marzo de 2025.**  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 continuar 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 (hora de la CSBP), NO será recibida. |
| 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 por zoom o presencialmente, según indique la convocatoria.  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. Garantía de Seriedad de Propuesta, o la presentación de ésta, girada por monto o plazo de vigencia menor al requerido, o emitida en forma errónea, o cuando en lugar de esta se presente póliza de caución, o cuando la garantía presentada cuente con características menores a la requerida o cuando se presente en fotocopia simple. 4. 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 al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 5. 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. 4. Cuando el proponente oferte condiciones superiores a las requeridas en las especificaciones técnicas siempre que estas condiciones no afecten el fin para el que fueron requeridas o se consideren beneficiosas para la institución.   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. Que se encuentre asociadas con personal que haya asesorado en la elaboración del contenido de Especificaciones Técnicas. 8. Extrabajadores que ejercieron funciones un año antes de la publicación de la convocatoria. 9. Los proponentes adjudicados que hayan desistido de formalizar la contratación o hubiesen resuelto contrato, orden de compra u orden de servicio no podrán participar hasta un años de la fecha desistimiento, salvo casos de fuerza mayor caso fortuito u otras causas debidamente justificadas y aceptadas por la institución. 10. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 11. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria de Seriedad de Propuesta. 12. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 13. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **MENOR COSTO** |
|  | * 1. **EVALUACIÓN (MENOR COSTO)**   En sesión permanente y reservada la Comisión de Calificación procederá a evaluar las propuestas presentadas.   * Inicialmente identificarán el Formulario Nº 5 de Propuesta Económica, procediendo a verificar las operaciones aritméticas y los datos presentados en este formulario considerando lo siguiente:  1. Cuando exista diferencia entre el precio unitario señalado en el Formulario Nº 5 y el total de un ítem que se haya obtenido multiplicando el precio unitario por la cantidad de unidades, prevalecerá el precio unitario cotizado. Por tanto, la Comisión de Calificación obtendrá la nueva oferta total de este ítem, multiplicando el precio unitario consignado en el Formulario Nº 5 por la cantidad requerida en ese ítem.   El monto resultante, producto de la revisión económica, se denominará Monto Ajustado por Revisión Aritmética (MAPRA).   1. Si producto de la revisión no se encuentran errores aritméticos, se continuará considerando dicho importe para la evaluación. 2. Si existiera diferencia entre los precios unitarios en numeral y literal, prevalecerá el literal.  * Seguidamente ordenarán las propuestas en función de los precios identificados, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor costo, el segundo lugar la propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.   Cuando la adjudicación sea por ítems se ordenarán las propuestas en función al precio menor para cada ítem.   * Posteriormente proceden a calificar la propuesta con el MENOR COSTO, ya sea cuando es por el total o para cada ítem, evaluando los documentos legales, administrativos y propuesta técnica presentada, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.   Si el proponente ha omitido la presentación de algún documento legal o administrativo que sea considerado error subsanable, o la Comisión de Calificación requiere aclaración a la propuesta técnica, se solicitará al proponente el mencionado documento o la aclaración correspondiente para que presente dentro del plazo solicitado. La aclaración no debe modificar el contenido de su propuesta.  Recepcionado el documento o la aclaración requerida en el plazo establecido, continúa con la evaluación correspondiente.  Si en el plazo solicitado el proponente no envía la documentación o aclaración solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta y proceder a la calificación de la siguiente propuesta con menor precio.  Si la propuesta que está siendo calificada no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC, será inhabilitada, excepto cuando esta sea subsanada de acuerdo a procedimiento establecido. En este caso la Comisión de Calificación procederá a la evaluación de la propuesta con el segundo menor precio y así sucesivamente. |
| 1. **PLAZO DE ENTREGA:** | Los plazos de entrega de los ítems adjudicados se realizarán de acuerdo a lo señalado en las Especificaciones Técnicas. |
| 1. **CALIFICACION FINAL** | La Comisión de Calificación emitirá el Informe Final de evaluación recomendando la adjudicación a la propuesta mejor calificada, sin que necesariamente sea aquella cuyo precio ofertado y leído en el acto de apertura fue el más bajo.  La Comisión de Calificación recomendará la adjudicación de acuerdo a la aplicación del método de calificación |
| 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 estimado según cronograma.  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. Modalidad de Contratación. 2. Antecedentes. 3. Recepción y apertura de propuestas. 4. Sistema de Evaluación y Calificación. 5. Evaluación Administrativa, técnica y económica 6. Inhabilitación de las propuestas 7. Conclusiones y Recomendaciones de adjudicación o declaratoria desierta. 8. Nómina de los proponentes y precios ofertados 9. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA ADJUDICACIÓN** | \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:   * Testimonio de Constitución Social de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), registrada en SEPREC. * Testimonio de Poder registrado en SEPREC, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos (si corresponde). * Matrícula de Inscripción en SEPREC, vigente. * Número de Identificación Tributaria (NIT). * Cédula de Identidad vigente del representante legal.   \*Para empresas Unipersonales:   * Testimonio de Poder Registrado en SEPREC, que faculte al Representante Legal a presentar propuestas y suscribir contratos, cuando el representante legal sea diferente al propietario. * Matrícula de Inscripción en SEPREC, vigente. * Número de Identificación Tributaria (NIT). * Cédula de Identidad vigente del Representante Legal o propietario.   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. |
| 1. **DECLARATORIA DESIERTA** | Se declarará desierta una convocatoria si se produce alguna de las siguientes causales:   * 1. Si no se hubiese recibido ninguna propuesta   2. Si como resultado del proceso de calificación, ningún proponente hubiese cumplido con lo exigido en el PC.   3. Si las ofertas económicas excediesen el presupuesto determinado para la contratación, salvo que la Comisión de Calificación con la sustentación necesaria, recomiende la adjudicación, previa modificación del presupuesto. |
| 1. **CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO** | La información relativa al análisis y evaluación de las propuestas y sus respectivos informes, es información confidencial de la Comisión de Calificación y no podrá ser revelada a ninguna persona. Una vez terminado el proceso de evaluación y emitido el informe respectivo éste será de carácter público. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **SUSCRIPCION DE CONTRATO** | |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (7) 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 ejecutará la garantía de seriedad de propuesta, y se convocará nuevamente a la Comisión de Calificación para que proceda a evaluar a la segunda propuesta con el precio más bajo. En este caso los plazos se computarán nuevamente a partir de su notificación. |
| 1. **PROTOCOLIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE FIRMAS** | Los costos de protocolización o reconocimiento de firmas serán cubiertos por el proponente adjudicado. |
| 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. |
| 1. **CANAL DE DENUNCIAS** | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo). |
| 1. **CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO** | La información relativa al análisis y evaluación de las propuestas y sus respectivos informes, es información confidencial de la Comisión de Calificación y no podrá ser revelada a ninguna persona. Una vez terminado el proceso de evaluación y emitido el informe respectivo éste será de carácter público. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | |
| 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA SERVICIO MEDICO INTEGRAL COBIJA** 2. **Antecedentes**   La Caja de Salud de la Banca Privada, requiere contratar un centro que brinde servicios médicos integrales para la ciudad de Cobija, 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.  Los requerimientos y condiciones exigidas por la CSBP, se detallan en los diferentes rubros de la presente sección y son de cumplimiento obligatorio para el centro contratado.  Los proponentes presentarán su oferta para los conceptos que se consideran en la propuesta económica.   1. **Propuesta Económica**   En el Formulario N° 4 – Propuesta Económica, se detalla los ítems requeridos para los diferentes servicios agrupoados en el cuadro siguiente:   |  |  | | --- | --- | | Grupo 1: | **CONSULTA EXTERNA** | | Grupo 2: | **LABORATORIO** | | Grupo 3: | **SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO** | | Grupo 4: | **PROVISIÓN DE SANGRE SEGURA Y HEMO COMPONENTES** | | Grupo 5: | **HOSPITALIZACIÓN** | | Grupo 6: | **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICOS** | | Grupo 7: | **MEDICAMENTOS POR EMERGENCIA** |  1. **Especificaciones técnicas**   La oferta, especialmente la técnica, debe ser preparada con el mayor detalle posible, especialmente en lo que corresponde a equipos, instrumental y otros que consideren pertinentes.  Los diferentes servicios de hospitalización y de urgencia estarán disponibles para los asegurados de la Caja de Salud de la Banca Privada – Regional Cobija.  En el aspecto técnico. La CSBP clasificó sus requerimientos en los siguientes dos grupos:   * 1. **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 los 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.   Sobre estos requisitos fundamentales, cada proponente debe señalar que cumple con los mismos por escrito. Estos factores posteriormente serán verificados por la Comisión de Calificación. La propuesta podría ser inhabilitada si el proponente omite señalar el cumplimiento de alguno de ellos en el Formulario o si la Comisión de Calificación verifica el NO cumplimiento de alguno de ellos, pese a lo señalado por el proponente.  Los ***Requerimientos Indispensables*** se encuentran desglosados a detalle en el **Formulario N° 3.1** - Propuesta Técnica (Requerimientos Habilitantes):   |  |  | | --- | --- | | **REQUERIMIENTOS PARA EL SERVICIO MEDICO INTEGRAL** | | | **Nº** | **Descripción** | | **1** | **Sala de Emergencias con disponibilidad mínima de dos camillas.** | | **2** | **Consultorio(s) médico para atención de pacientes de la CSBP.** | | **3** | **Área de Internación** | | **4** | **Área quirúrgica.** | | **5** | **Sala de Partos: Adecuada para atención de la madre y el recién nacido.** | | **6** | **Sala de Neonatología** | | **7** | **Sala de Unidad de Terapia Intensiva Neonatología. Equipada según normativa.** | | **8** | **Unidad de Terapia Intensiva (niños y adultos). Equipada según normativa.** | | **9** | **Centrales de enfermería** | | **10** | **Servicio de Rayos X.** | | **11** | **Servicio de Ecografía.** | | **12** | **Servicios de electro diagnóstico.** | | **13** | **Otros servicios hospitalarios** | | **14** | **Salas de espera.** | | **17** | **Oficina administrativa para coordinador apoyo a la CSBP** | | **18** | **Ascensor para el traslado de pacientes:** Una unidad adecuada para centro hospitalario para camilla, solo si el Centro tuviera más de un piso. | | **19** | **Sistema de escape auxiliar para evacuación de pacientes y personal médico: Gradas o rampla que permita la evacuación rápida de pacientes hospitalizados desde los diferentes pisos y servicios del centro hospitalario.** | | **20** | **Deposito final de residuos:** Según normativa vigente | | **21** | **Morgue:** Según normativa vigente | | **22** | **El centro hospitalario debe contar con:** Personal especializado en manejo de equipamiento médico hospitalario. |  * 1. **Requerimientos Necesarios:** Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece para ser verificados y evaluados por parte de la Comisión de Calificación (Unidad Solicitante), los mismos pueden o no cumplir con el 100% de los solicitado.   A continuación, detallamos los factores a considerar en cada uno de los grupos evaluados:   1. **EQUIPAMIENTO y MOBILIARIO: SEGÚN ÁREAS y ESPACIOS REQUERIDOS:** Los ***Requerimientos*** se encuentran desglosados a detalle en el **Formulario N° 3.2** - Propuesta Técnica (Requerimientos Necesarios):  |  |  | | --- | --- | | **Nº** | **DETALLE DE EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO REQUERIDO** | | **1** | **Sala de Emergencias general del centro hospitalario con disponibilidad de camillas.** | | **1.1** | **Equipos médicos** | | **1.2** | **Mobiliario ropa e insumos** | | **2** | **Cada Consultorio(s) médico(s). Debe contar:** | | **3** | **Salas de internación y recuperación adulto, pediátrico y neonatal** | | **3.1** | **Salas de internación** | | **3.2** | **Sala de internación pediátrica** | | **3.3** | **Sala o habitación para paciente ambulatorio con estancia menor a 6 horas.** | | **4** | **Área quirúrgica** | | **4.1.1** | **Equipos médicos** | | **4.1.2** | **Instrumental** | | **4.1.3** | **Ropa Quirúrgica** | | **4.2** | **SALA DE RECUPERACIÓN** | | **4.5** | **Área de lavado manos según normativa vigente** | | **4.6** | **Área de lavado de material quirúrgico según normativa vigente** | | **4.7** | **Área de Suministros según normativa vigente** | | **4.8** | **Central de esterilización (según Normativa Vigente)** | | **4.9** | **Sala de esterilización con Óxido de etileno según normativa vigente** | | **5** | **Sala de partos** | | **5.1** | **Atención de la madre** | | **5.2** | **Atención del recién nacido** | | **6** | **Sala de Neonatología** | | **7** | **Unidad de Terapia Intensiva (niños y adultos)** | | **7.1** | **Equipos médicos** | | **7.2** | **Mobiliario** | | **7.3** | **Ropa de cama** | | **8** | **Unidad de Terapia Intensiva UTIN (neonatal)** | | **8.1** | **Equipos médicos** | | **8.2** | **Mobiliario** | | **8.3** | **Ropa de cama** | | **9** | **Centrales de enfermería (En caso de tener más de un piso, una central por cada piso)** | | **9.1** | **Equipamiento** | | **9.2** | **Mobiliario** | | **9.3** | **Otro equipamiento** | | **10** | **Rayos X** | | **11** | **Ecografía** | | **12** | **Otros servicios de diagnóstico y tratamiento** | | **13** | **Salas de espera** | | **14** | **Áreas auxiliares para limpieza** | | **16** | **Ascensor para el traslado de pacientes (Solo aplica si el Centro tiene más de un piso)** | | **18** | **Ambiente para el Coordinador Administrativo** |  1. **SERVICIOS GENERALES: SERVICIOS y SISTEMAS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO:** Los ***Requerimientos*** se encuentran desglosados a detalle en el **Formulario N° 3.2** - Propuesta Técnica (Requerimientos Necesarios):  |  |  | | --- | --- | | **Nº** | **Descripción de Servicios Generales Requeridos** | | **1** | **Sistema de provisión de oxígeno central:** | | **2** | **Sistema de Aspiración y Vacío central:** | | **3** | **Sistema de aire acondicionado y ventilación** | | **4** | **Sistema de comunicación telefónica (no excluyente)** | | **5** | **Sistema de Timbres** | | **6** | **Red de Internet/WiFi** | | **8** | **Áreas para la instalación de equipos de computación** | | **9** | **Grupo electrógeno o generador de energía eléctrica u otro sistema.** | | **10** | **Sistema antiincendios.** | | **11** | **Servicio de apoyo administrativo** | | **12** | **Servicio de seguridad** | | **13** | **Servicio de limpieza** | | **14** | **Sistema de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias** | | **15** | **Provisión de Material de Curación.** | | **16** | **Servicio de alimentación y nutrición** | | **17** | **Otros servicios para procedimientos auxiliares ambulatorios** | | **18** | **Central de informaciones:** |  1. **CALIDAD DEL EQUIPO HOSPITALARIO**   **El proponente debe adjuntar a su propuesta en anexo el siguiente detalle de equipamiento hospitalario, debiendo registrar mínimamente los datos solicitados:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N°** | **Descripción del equipo** | **Marca** | **Origen** | **Fecha de fabricación** | **Cantidad** | **Características (Breve descripción)** | | | | **1** | Ventilador pulmonar adulto |  |  |  |  |  | | **2** | Ventilador pulmonar para terapia neonatal |  |  |  |  |  | | **3** | Incubadora neonatal |  |  |  |  |  | | **4** | Servocuna |  |  |  |  |  | | **5** | Fototerapia |  |  |  |  |  | | **6** | Monitor Multiparamétrico |  |  |  |  |  | | **7** | Bomba de infusión |  |  |  |  |  | | **8** | Electrocardiógrafo |  |  |  |  |  | | **9** | Eco cardiotocógrafo (monitor fetal) |  |  |  |  |  | | **10** | Doppler fetal |  |  |  |  |  | | **11** | Electrobisturí monopolar y bipolar |  |  |  |  |  | | **12** | Máquina de Anestesia con capnógrafo |  |  |  |  |  | | **13** | Equipo de cirugía laparoscópica para las diferentes especialidades |  |  |  |  |  | | **14** | Equipo de cirugía artroscópica |  |  |  |  |  | | **15** | Autoclave de Esterilización |  |  |  |  |  | | **16** | Desfibrilador |  |  |  |  |  | | **17** | Oxímetro |  |  |  |  |  | | **18** | Ecógrafo |  |  |  |  |  | | **19** | Equipo de Rayos X fijo con fluoroscopio |  |  |  |  |  | | **20** | Equipo de rayos X portátil |  |  |  |  |  | | **21** | Arco en C |  |  |  |  |  | | **22** | Camas de Hospitalización |  |  |  |  |  | | **23** | Camas UTI/UTIN |  |  |  |  |  |  1. **REQUERIMIENTOS COMPLEMENTARIOS: Los siguientes requerimientos son de cumplimiento obligatorio para el proponente adjudicado.**     * + - 1. **Personal de Enfermería del Centro Hospitalario.**   La Jefa de Enfermeras, deberá cumplir las funciones administrativas, destinadas a un buen manejo 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.  El personal de enfermería, debe colaborar con el paciente imposibilitado en su alimentación y aseo personal (desde el peinado, cepillado de dientes, masaje de cuerpo, etc.), destinados a dar un confort adecuado del paciente.  El personal de enfermería del centro, recibirá capacitación en el manejo del sistema informático (SAMI) de propiedad de la CSBP para un adecuado registro y otros que contribuyan a mejorar la calidad de atención, pudiendo ampliarse en algún caso a todo el personal del centro.  El personal de enfermería del centro, deberá brindar atención acorde a lineamientos establecidos en el numeral 11.2 de la “Guía de Conducta del Trabajador de la CSBP y Política de Atención al Asegurado”, documento adjunto al presente Pliego Específico de Condiciones.   * + - * 1. **Estadía de pacientes internados**   Para el cálculo de estadía del paciente internado (modalidad hotelería) se utilizará como tope el horario 13:00 p.m. y de acuerdo a registro estadístico.   * + - * 1. **Personal Administrativo por parte del centro Hospitalario**   Con la finalidad de lograr coordinación inmediata con el Centro Hospitalario, para la solución de problemas o desarrollo de actividades en forma oportuna, el Centro Hospitalario debe contar con:   * Un Coordinador Administrativo.   + - * 1. **Supervisión por parte de la CSBP**   El servicio del Centro Hospitalario, estará bajo supervisión y coordinación con funcionarios de la Caja de Salud de la Banca Privada que ocupan los siguientes cargos:   * Administrador Regional. * Jefe Médico Regional. * Jefe de Policonsultorio. * Coordinador de Hospital. * Jefa de Enfermeras. * Regente de Farmacia * Asistente de Jefatura Médica   + - * 1. **Duración del contrato:**   El contrato de Servicio de Hospitalización tendrá una duración de dos años calendario a partir de la firma del Contrato, renovable por acuerdo de partes siempre y cuando no se modifiquen las condiciones del contrato.   * + - * 1. **Modalidad de contratación:**   Con el proponente elegido se firmará un contrato civil de Compra de Servicios.   * + - * 1. **Ubicación del Centro Hospitalario:**   El Centro Hospitalario, preferentemente debe estar ubicado en lugar accesible.   * + - * 1. **Señalética (Letrero):** El centro adjudicado deberá proporcionar una señalética de tamaño 50x50cm donde lleve la leyenda: “CENTRO DE CONVENIO DE LA CSBP”, en material acrílico u otro de mejor calidad, el costo de esta señalética Debra ser asumido por la empresa adjudicada.         2. **Instalaciones de RED (Cableado estructurado):**   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, deberá ejecutar la instalación del cableado estructurado que sea necesario a través de sus instalaciones, en forma externa o interna. **El costo de este cableado correrá por cuenta del proponente.**   * + - * 1. **Horario normal para visita de familiares:**   El horario de visitas será de acuerdo a las establecidas al Centro contratado. Se considerará aquellos casos especiales que por recomendación del médico requieran la asistencia de familiares.   * + - * 1. **Entrega de facturas y detalles mensuales:**   Se establece como plazo para presentación de facturas y detalles mensuales, hasta el 25 de cada mes indefectiblemente. En caso de que el CENTRO presente su factura a destiempo, la Unidad de Contabilidad no recepcionará la misma y solicitará la emisión de una nueva factura con fecha del primer día hábil del mes siguiente. Para el cumplimiento del plazo definido para presentación de facturas, se deberá considerar un período de corte para el manejo de información, comprendido entre el 26 del mes inicial y 25 del mes siguiente. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE V**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3.1** | PROPUESTA TECNICA – REQUERIMIENTOS HABILITANTES |
| **FORMULARIO 3.2** | PROPUESTA TECNICA – REQUERIMIENTOS NECESARIOS |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONOMICA |

**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.: Invitación Publica N° CO-CMA-01-2025**

**SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES - CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION (LABORATORIO, GABINETE, FARMACIA)**

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 Invitación 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.

h) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

\*Para empresas Unipersonales

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).

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

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

f) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

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)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa

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

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

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

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

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

1. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Nombre del representante legal de la asociación accidental

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

1. Documento que lo acredita como representante legal

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

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

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

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO N° 3.1**

**PROPUESTA TÉCNICA – REQUERIMIENTOS HABILITANTES**

**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 los 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.

Sobre estos requisitos fundamentales, cada proponente debe señalar que cumple con los mismos indicando en la columna “CARACTERISTICAS DE LA PROPUESTA”. Estos factores posteriormente serán verificados por la Comisión de Calificación. La propuesta podría ser inhabilitada si el proponente omite señalar el cumplimiento de alguno de ellos en el Formulario o si la Comisión de Calificación verifica el NO cumplimiento de alguno de ellos, pese a lo señalado por el proponente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** |  | **ESPECIFICACIONES TECNICAS HABILITANTES** | **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)** |
| **1** |  | **Sala de Emergencias con disponibilidad mínima de dos camillas.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Iluminación, ventilación y aire acondicionado (puede ser portátil) |  |
|  | **2** | Lavamanos y todos los insumos, incluyendo agua caliente y fría |  |
|  | **3** | Instalación telefónica con comunicación interna y externa. |  |
|  | **4** | Dimensiones mínimas según normas vigentes, de fácil accesibilidad para atención de urgencias. |  |
|  | **5** | Paredes y pisos lavables según normas vigentes. |  |
| **2** |  | **Consultorio(s) médico para atención de pacientes de la CSBP.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Consultorios individuales completos con baño privado, el equipamiento e instrumental de los consultorios deberán estar acorde con la normativa vigente. |  |
|  | **2** | Baño con lavamanos y todos los insumos, incluyendo agua caliente permanente y fría |  |
|  | **3** | Sistema de aire acondicionado |  |
|  | **4** | Posibilidad de instalación de equipos de computación y software médico |  |
| **3** |  | **Área de Internación** |  |
|  | **3a** | **Salas de internación con baño privado.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Capacidad mínima de 3 camas. |  |
|  | **2** | Habitaciones cómodas conforme a normativa vigente. Sistema de aire acondicionado |  |
|  | **3** | Baño con ducha, incluyendo agua caliente permanente (24h.) y fría, lavamanos y todos los insumos. |  |
|  | **3b** | **Sala de internación pediátrica** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS**: |  |
|  | **1** | Una sala con capacidad de instalación de cunas/cama pediátrica. Sistema de aire acondicionado |  |
|  | **2** | Baño con ducha, incluyendo agua caliente permanente y fría, lavamanos y todos los insumos. |  |
|  | **3c** | **Sala o habitación para paciente ambulatorio con estancia menor a 6 horas** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Habitaciones cómodas conforme a normativa vigente. |  |
|  | **2** | Se contabilizará como paciente ambulatorio con permanencia hasta 6 horas |  |
|  | **3** | Baño con ducha, incluyendo agua caliente permanente (24h.) y fría, lavamanos y todos los insumos. |  |
| **4** |  | **Área quirúrgica.** |  |
|  | **4a** | **QUIRÓFANO:** |  |
|  | **1** | Un quirófano para uso en cirugías programadas y de emergencia |  |
|  | **2** | Aspiración central y/o portátil silencioso por quirófano |  |
|  | **3** | Nitrógeno, |  |
|  | **4** | O2 por red, |  |
|  | **5** | CO2 por red o tubo. |  |
|  | **6** | Sistema de aire acondicionado. |  |
|  | **7** | Instalación telefónica con comunicación interna y externa. |  |
|  | **8** | Paredes y pisos lavables según normativa |  |
|  | **9** | Sistemas de filtrado y desinfección de ambiente. |  |
|  | **4b** | **SALA DE RECUPERACIÓN:** |  |
|  | **1** | Ambiente con capacidad para alojar pacientes. |  |
|  | **2** | Aire acondicionado (puede ser portátil) |  |
|  | **3** | Instalación telefónica con comunicación interna. |  |
|  | **4** | Paredes y pisos lavables según normativa |  |
|  | **5** | Sala auxiliar para almacenar material quirúrgico |  |
|  | **6** | Otros a ser evaluados de acuerdo a normativa. |  |
|  | **4c** | **ÁREA DESCANSO/ VESTUARIO MÉDICOS,** con baño y ducha privado |  |
|  | **4d** | **ÁREA DE LAVADO MANOS** instalada según normativa de bioseguridad |  |
|  | **4e** | **ÁREA DE LAVADO DE MATERIAL QUIRÚRGICO** |  |
|  | **4f** | **ÁREA DE SUMINISTROS** |  |
|  | **4g** | **SALA DE ESTERILIZACIÓN:** Un ambiente de uso exclusivo para esterilizar material médico quirúrgico. |  |
|  | **4h** | **SALA DE ESTERILIZACIÓN CON OXIDO DE ETILENO:** Con Baños privados para ambos sexos con ducha, agua caliente permanente 24 h. del día y fría y todos los insumos, de acuerdo a normativa vigente. |  |
| **5** |  | **Sala de Partos: Adecuada para atención de la madre y el recién nacido.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Con capacidad camillas adecuadas para este uso. |  |
|  | **2** | Paredes y pisos lavables según normativa |  |
| **6** |  | **Sala de Neonatología** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Capacidad de internación |  |
|  | **2** | Lavamanos para instrumental y personal médico con agua caliente permanente y fría. |  |
|  | **3** | Con dispensador de antiséptico para manos, según normativa de bioseguridad vigente |  |
|  | **4** | Paredes y pisos lavables según normativa |  |
| **7** |  | **Sala de Unidad de Terapia Intensiva Neonatología. Equipada según normativa.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Personal médico y de enfermería suficiente para asegurar el funcionamiento de este servicio las 24 horas del día y los 365 días del año. |  |
|  | **2** | Agua caliente permanente y fría corriente, en lavamanos con dispensador de jabón antiséptico, según normativa de bioseguridad vigente. |  |
|  | **3** | Paredes y pisos lavables según normativa |  |
| **8** |  | **Unidad de Terapia Intensiva (niños y adultos). Equipada según normativa.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Capacidad de internación de acuerdo a casos que necesitan ser aislados. |  |
|  | **2** | Personal médico y de enfermería suficiente para asegurar el funcionamiento de este servicio las 24 horas del día y los 365 días del año. |  |
|  | **3** | Agua caliente permanente y fría corriente, en lavamanos con dispensador de jabón antiséptico. Sistema de aire acondicionado |  |
|  | **4** | Baño con ducha, incluyendo agua caliente permanente (24h.) y fría, lavamanos y todos los insumos. |  |
|  | **5** | Paredes y pisos lavables según normativa |  |
| **9** |  | **Centrales de enfermería** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  |  | **Cada unidad con:** |  |
|  | **1** | Área de recepción, para la atención directa de visitas |  |
|  | **2** | Área limpia para preparación de medicamentos |  |
|  | **3** | Área contaminada para lavado y preparación de material. |  |
|  | **4** | Área de almacenamiento de materiales, medicamentos e insumos |  |
|  | **5** | Área de almacenamiento de ropa, equipos. |  |
|  | **6** | Provisión permanente de insumos para su funcionamiento. |  |
|  | **7** | Vestuario de enfermería con baño, ducha y casilleros para el personal |  |
|  | **8** | Central de timbre, sin acceso al personal de servicio. |  |
|  | **9** | Paredes y pisos lavables. |  |
| **10** |  | **Servicio de Rayos X.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | El Centro Hospitalario debe contar con este servicio |  |
|  | **2** | Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables. |  |
|  | **3** | La CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia. Las solicitudes serán emitidas vía sistema informático de la CSBP (SAMI), bajo el procedimiento ya establecido y según normativa vigente. |  |
|  | **4** | Capacidad para toma de placas y fluoroscopia, incluyendo los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables. El servicio debe incluir: |  |
|  | **5** | Toma y entrega de placas radiográficas simples |  |
|  | **6** | El servicio debe contar con un técnico radiólogo a requerimiento para toma de placas y un profesional radiólogo acreditado para emitir el informe en forma física con fines de archivo. |  |
|  | **7** | Los informes deben ser necesariamente **transcritos en el sistema SAMI** de propiedad de la CSBP en forma oportuna de preferencia una vez realizado el mismo. |  |
| **11** |  | **Servicio de Ecografía.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Comprende la realización del examen ecográfico |  |
|  | **2** | Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables. |  |
|  | **3** | La CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia. |  |
|  | **4** | Las solicitudes serán emitidas vía sistema informático de la CSBP (SAMI), bajo el procedimiento ya establecido. |  |
|  | **5** | El servicio debe contar con un profesional imagenólogo acreditado para emitir el informe, el cual debe ser necesariamente entregado oportunamente a la CSBP en forma física. Los informes deben ser necesariamente transcritos en el sistema SAMI de propiedad de la CSBP en forma oportuna de preferencia una vez realizado el mismo. |  |
|  | **6** | Capacidad para ecografías simples en todas las especialidades requeridas. |  |
| **12** |  | **Servicios de electro diagnóstico.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | **Electrocardiografía**. |  |
|  | **2** | Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables. |  |
|  | **3** | La CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia. |  |
|  | **4** | Las solicitudes serán emitidas vía sistema informático de la CSBP (SAMI), bajo el procedimiento ya establecido. |  |
| **13** |  | **Otros servicios hospitalarios** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS** |  |
|  | **1** | La CSBP solicitara estos servicios a requerimiento los 365 días del año, por evento y bajo autorización del Jefe Médico Regional |  |
|  | **2** | Gasometrías |  |
|  | **3** | Endoscopía digestiva y respiratoria |  |
|  | **4** | Hemo componentes /Unidad transfusional: El centro hospitalario debe comprometerse a garantizar la provisión de Sangre Segura y Hemo componentes. La CSBP cubrirá el costo por cada unidad consumida. |  |
|  | **5** | Otros servicios que proponga el establecimiento. |  |
| **14** |  | **Salas de espera.** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Ambiente con capacidad de alojar mínimo (5) cinco personas. |  |
|  | **2** | Televisión con instalación de TV cable u otras aplicaciones, en buenas condiciones. |  |
|  | **3** | Baño público diferenciado y equipado |  |
| **17** |  | **Oficina administrativa para coordinador apoyo a la CSBP** |  |
|  |  | **CARACTERÍSTICAS:** |  |
|  | **1** | Ambiente visible, debidamente señalizado y accesible al asegurado, preferentemente al ingreso del Centro contratado. |  |
|  | **2** | Iluminación apropiada |  |
|  | **3** | Instalación telefónica con comunicación interna y externa. |  |
|  | **4** | Dimensión deseable aproximada 15 m². |  |
|  | **5** | Espacio para resguardar expedientes clínicos, placas radiográficas y otros. |  |
| **18** |  | **Ascensor para el traslado de pacientes:** Una unidad adecuada para centro hospitalario para camilla, solo si el Centro tuviera más de un piso. |  |
| **19** |  | **Sistema de escape auxiliar para evacuación de pacientes y personal médico: Gradas o rampla que permita la evacuación rápida de pacientes hospitalizados desde los diferentes pisos y servicios del centro hospitalario.** |  |
| **20** |  | **Deposito final de residuos:** Según normativa vigente |  |
| **21** |  | **Morgue:** Según normativa vigente |  |
| **22** |  | **El centro hospitalario debe contar con:** Personal especializado en manejo de equipamiento médico hospitalario. |  |
| **2** |  | **REQUERIMIENTOS COMPLEMENTARIOS: Los siguientes requerimientos son de cumplimiento obligatorio para el proponente adjudicado.** |  |
|  | 1 | **Personal de Enfermería del Centro Hospitalario.**  La Jefa de Enfermeras, deberá cumplir las funciones administrativas, destinadas a un buen manejo 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.  El personal de enfermería, debe colaborar con el paciente imposibilitado en su alimentación y aseo personal (desde el peinado, cepillado de dientes, masaje de cuerpo, etc.), destinados a dar un confort adecuado del paciente.  El personal de enfermería del centro, recibirá capacitación en el manejo del sistema informático (SAMI) de propiedad de la CSBP para un adecuado registro y otros que contribuyan a mejorar la calidad de atención, pudiendo ampliarse en algún caso a todo el personal del centro.  El personal de enfermería del centro, deberá brindar atención acorde a lineamientos establecidos en el numeral 11.2 de la “Guía de Conducta del Trabajador de la CSBP y Política de Atención al Asegurado”, documento adjunto al presente Pliego Específico de Condiciones. |  |
|  | 2 | **Estadía de pacientes internados**  Para el cálculo de estadía del paciente internado (modalidad hotelería) se utilizará como tope el horario 13:00 p.m. y de acuerdo a registro estadístico. |  |
|  | 3 | **Personal Administrativo por parte del centro Hospitalario**  Con la finalidad de lograr coordinación inmediata con el Centro Hospitalario, para la solución de problemas o desarrollo de actividades en forma oportuna, el Centro Hospitalario debe contar con:   * Un Coordinador Administrativo. |  |
|  | 4 | **Supervisión por parte de la CSBP**  El servicio del Centro Hospitalario, estará bajo supervisión y coordinación con funcionarios de la Caja de Salud de la Banca Privada que ocupan los siguientes cargos:   * Administrador Regional. * Jefe Médico Regional. * Jefe de Policonsultorio. * Coordinador de Hospital. * Jefa de Enfermeras. * Regente de Farmacia * Asistente de Jefatura Médica |  |
|  | 5 | **Duración del contrato:**  El contrato de Servicio de Hospitalización tendrá una duración de dos años calendario a partir de la firma del Contrato, renovable por acuerdo de partes siempre y cuando no se modifiquen las condiciones del contrato |  |
|  | 6 | **Modalidad de contratación:**  Con el proponente elegido se firmará un contrato civil de Compra de Servicios. |  |
|  | 7 | **Ubicación del Centro Hospitalario:**  El Centro Hospitalario, preferentemente debe estar ubicado en lugar accesible. |  |
|  | 8 | **Señalética (Letrero):** El centro adjudicado deberá proporcionar una señalética de tamaño 50x50cm donde lleve la leyenda: “CENTRO DE CONVENIO DE LA CSBP”, en material acrílico u otro de mejor calidad, el costo de esta señalética Debra ser asumido por la empresa adjudicada. |  |
|  | 9 | **Instalaciones de RED (Cableado estructurado):**  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, deberá ejecutar la instalación del cableado estructurado que sea necesario a través de sus instalaciones, en forma externa o interna. **El costo de este cableado correrá por cuenta del proponente.** |  |
|  | 10 | **Horario normal para visita de familiares:**  El horario de visitas será de acuerdo a las establecidas al Centro contratado. Se considerará aquellos casos especiales que por recomendación del médico requieran la asistencia de familiares. |  |
|  | 11 | **Entrega de facturas y detalles mensuales:**  Se establece como plazo para presentación de facturas y detalles mensuales, hasta el 25 de cada mes indefectiblemente. En caso de que el CENTRO presente su factura a destiempo, la Unidad de Contabilidad no recepcionará la misma y solicitará la emisión de una nueva factura con fecha del primer día hábil del mes siguiente. Para el cumplimiento del plazo definido para presentación de facturas, se deberá considerar un período de corte para el manejo de información, comprendido entre el 26 del mes inicial y 25 del mes siguiente. |  |
|  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO Nº 3.1**

**PROPUESTA TECNICA – REQUERIMIENTOS NECESARIOS**

**EQUIPAMIENTO y MOBILIARIO: SEGÚN ÁREAS y ESPACIOS REQUERIDOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DE EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO REQUERIDO** | **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)** |
| **1** | **Sala de Emergencias general del centro hospitalario con disponibilidad de camillas.** |  |
| **1.1** | **1.1 Equipos médicos** |  |
|  | Camilla de transporte adecuada para emergencia (2 piezas) |  |
|  | Lámpara auxiliar cuello de ganso de luz fría (2 piezas) de preferencia cielíticas. |  |
|  | Monitor cardiaco, oxímetro |  |
|  | Carro de curación equipado 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, 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 |  |
|  | Fonendoscopios: Adulto, pediátrico y neonatal. |  |
|  | Linternas para uso médico adecuadas para el examen del paciente |  |
|  | Doppler fetal |  |
|  | Balanza de pie con tallímetro |  |
|  | Balanza neonatal |  |
|  | Negatoscopio |  |
|  | Nebulizador |  |
|  | Vaporizador |  |
|  | Humidificadores de oxígeno con mascarillas, puntas nasales para niños y adultos en cantidades suficientes. |  |
|  | Vacum (aspirador) con conectores estériles |  |
|  | Otros equipos de acuerdo a normativa vigente |  |
|  | Instrumental necesario por especialidad de traumatología para aplicación y retiro de yesos (Sierra eléctrica, Cizalla, Separador y tijeras Lister) |  |
|  | Aire acondicionado |  |
|  | Silla de ruedas |  |
|  | Dotación de papel higiénico, papel toalla y jaboncillo en cantidad suficiente |  |
| **1.2** | **1.2 Mobiliario ropa e insumos** |  |
|  | Escritorio con cajonería |  |
| Sillas recibidoras en buen estado de funcionamiento |  |
| Gradillas (en caso de que las camillas no bajen lo suficiente) |  |
| Sabanillas en cantidad suficiente y buen estado |  |
| Frazadillas polares, en cantidad suficiente según temporada y buen estado |  |
| Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes |  |
| Cortinas o persianas de separación con tela lavable por camilla, (no biombos) |  |
| Palanganas que faciliten la asepsia |  |
| Trípodes en cantidad suficiente. |  |
| **2** | **Cada Consultorio(s) médico(s). Debe contar:** |  |
|  | Mesas de examen médico, adaptables para examen clínico. |  |
| Escritorio para computadora, sillas giratorias y sillas recibidoras. Todos estos mobiliarios deberán encontrarse en buen estado de funcionamiento. |  |
| Fonendoscopio para adultos, niños y neonatos y tensiómetro de mercurio, linternas de examinación, termómetros |  |
| Doppler fetal, |  |
| Oxímetro de pulso |  |
| Pantoscopio (oto-oftalmoscopio - rinoscopio) |  |
| Especulo nasal y pinza bayoneta. |  |
| Instrumental médico menor para diferentes procedimientos. |  |
| Carro de curaciones equipado para cualquier tipo de procedimientos. |  |
| Espéculos ginecológicos de varias dimensiones |  |
| Negatoscopio. |  |
| Balanza con tallímetro. |  |
| Balanza neonatal. |  |
| Lámpara cuello de ganso luz fría. |  |
| Sabanillas y frazadillas en cantidad suficiente. |  |
| Batas para pacientes adultos y pediátricos en cantidad suficiente |  |
| Dotación de papel higiénico, papel toalla y jaboncillo en cantidad suficiente |  |
| Otros equipos de acuerdo a normativa vigente |  |
| **3** | **Salas de internación y recuperación adulto, pediátrico y neonatal** |  |
| **3.1** | **Salas de internación** |  |
|  | Cama ortopédica eléctrica, con barandas de seguridad y en óptimo estado de funcionamiento |  |
| Colchón ortopédico, almohada en buenas condiciones, con cobertores de protección para calor y frío |  |
| Gradilla (en caso de que la cama eléctrica 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 verano con dos frazadillas polares térmicas adicionales por cada cama. |  |
| Iluminación central y en cabecera. |  |
| Intercomunicador en óptimo estado de funcionamiento en cabecera de cada cama y en el baño. |  |
| Ropero con colgadores. El ropero deberá encontrarse en buen estado de funcionamiento. |  |
| Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes |  |
| Una mesa de noche o velador por cama, en óptimo estado de funcionamiento |  |
| Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada cama, en óptimo estado de funcionamiento |  |
| Sillón confortable para paciente y/o familiar. |  |
| Televisión con instalación de TV cable en buenas condiciones de funcionamiento y buena recepción, con control remoto. |  |
| Silla para visitas por cada pieza en óptimo estado de funcionamiento. |  |
| Basureros para desechos según norma de bioseguridad. |  |
| Ventilador portátil a requerimiento. |  |
| **3.2** | **Sala de internación pediátrica** |  |
|  | Cunas/camas pediátricas (hasta cinco años) con barandas de seguridad |  |
|  | Colchón ortopédico, almohada en buenas condiciones, con cobertores de protección para calor y frío |  |
|  | Gradilla |  |
|  | Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cuna/cama |  |
|  | Soportes para venoclisis en cantidad suficiente |  |
|  | Edredón de invierno y verano con dos frazadillas polares térmicas adicionales por cada cuna/cama. |  |
|  | Iluminación central y en cabecera. |  |
|  | Intercomunicador en óptimo estado de funcionamiento en cabecera de cada cuna/cama y en el baño. |  |
|  | Ropero con colgadores, el ropero deberá encontrarse en buen estado de funcionamiento. |  |
|  | Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes |  |
|  | Una mesa de noche o velador por cama, en óptimo estado de funcionamiento |  |
|  | Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada cama, en óptimo estado de funcionamiento |  |
|  | Sillón confortable para acompañante. |  |
|  | Televisión con instalación de TV cable en buenas condiciones de funcionamiento y buena recepción, con control remoto, aplicaciones |  |
|  | Silla para visitas por cada pieza en óptimo estado de funcionamiento. |  |
|  | Basureros para desechos según norma de bioseguridad. |  |
|  | Ventilador portátil a requerimiento. |  |
| **3.3** | **Sala o habitación para paciente ambulatorio con estancia menor a 6 horas.** |  |
|  | Se contabilizará como paciente ambulatorio con permanencia hasta 6 horas. |  |
|  | Camas ortopédicas eléctricas, con barandas de seguridad y en óptimo estado de funcionamiento |  |
|  | Colchones ortopédicos, almohada en buenas condiciones, con cobertores de protección para calor y frío |  |
|  | Gradillas (en caso de que la cama eléctrica no baje lo suficiente) |  |
|  | Chatas, patos, riñoneras, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. |  |
|  | Soporte para venoclisis por cada cama. |  |
|  | Edredón de invierno y verano con dos frazadillas polares térmicas adicionales por cada cama. |  |
|  | Iluminación central y en cabecera. |  |
|  | Intercomunicador en óptimo estado de funcionamiento en cabecera de cada cama y en el baño. |  |
|  | Ropero con colgadores. El ropero deberá encontrarse en buen estado de funcionamiento. |  |
|  | Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes |  |
|  | Mesa de noche o velador por cama, en óptimo estado de funcionamiento |  |
|  | Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada cama, en óptimo estado de funcionamiento |  |
|  | Sillón confortable para paciente. |  |
|  | Televisión con instalación de TV cable en buenas condiciones de funcionamiento y buena recepción, con control remoto, uso de aplicaciones. |  |
|  | Silla para visitas por cada pieza en óptimo estado de funcionamiento. |  |
|  | Basureros para desechos según norma de bioseguridad. |  |
|  | Ventilador portátil a requerimiento. |  |
| **4** | **Área quirúrgica** |  |
|  | **4.1 QUIRÓFANOS** |  |
| **4.1.1** | **Equipos médicos** |  |
|  | Mesa quirúrgica articulable completa con todos los movimientos, mesa quirúrgica translucida |  |
|  | Mesa quirúrgica ortopédica (traumatología, cirugía general, neurocirugía y urología) con todos los movimientos. |  |
|  | Equipo de cirugía laparoscópica completo, con sistema de grabación para CD, con instrumental complementario completo y en buenas condiciones (pinzas, trocares, reductores y otros). |  |
|  | Equipamiento para cirugía urológica endoscópica diagnóstica y terapéutica incluye cistoureteroscopio, resectortrans uretral, pinzas litotriptoras, bisturí armónico y Ligasure. |  |
|  | Equipo completo para cirugía artroscópica diagnóstica y terapéutica que incluya Sheiver y Artroker, con sistema de grabación. |  |
|  | Microscopio Quirúrgico, equipado con sistema de lentes adecuado para las especialidades de neurocirugía, otorrinolaringología, oftalmología y cirugía vascular. |  |
|  | Equipos de Rayos “X” portátil, |  |
|  | Intensificador de imágenes Brazo en “C” con registro de imágenes. |  |
|  | Fluoroscopio. |  |
|  | Máquinas de anestesia completa con vaporizador para sevofluorano, isofluorano y halotano (uno por quirófano) |  |
|  | Un carro de paro equipado y desfibrilador para adultos y niños. Exclusivo del área quirúrgica. |  |
|  | Equipo de monitoreo multiparámetros con capnografía y oximetría, incluida al equipo o como equipo adicional (uno por quirófano) |  |
|  | Sistema de Bain pediátrico y de adultos. Con bolsas de ventilación de 500, 1000 y 2000 cc. |  |
|  | Sensores de oximetría pediátrica compatible con los monitores de signos vitales (mínimo 3) |  |
|  | Presurizador de soluciones parenterales, bomba de infusión volumétrica y de jeringa mínimo 2 de cada uno |  |
|  | Mango de isquemia |  |
|  | Vendas de Smarch de 10 y 15 cm.. |  |
|  | Sistema de irrigación para cirugía artroscópica |  |
|  | Electro bisturí monopolar y bipolar con electro coagulador, para cirugía convencional y laparoscópica que incluya placas fijas o desechables, mismo que puede ser parte de la torre de laparoscopía |  |
|  | Negatoscopio de dos cuerpos. |  |
|  | Un frontolux WelchAllyn o equivalente |  |
|  | Lámpara cielitica con dos brazos con sistema de regulación de intensidad luminosa (uno por quirófano) |  |
|  | Un motor neumático para sierra oscilante y taladro de uso traumatológico |  |
|  | Juegos de laringoscopio pediátrico y de adultos con juego completo de hojas rectas y curvas |  |
|  | Juegos de cánulas de mayo y máscaras laríngeas para adultos, niños y neonatos. |  |
|  | Ambú con reservorio para niños adultos y neonatos. |  |
|  | Mascarillas normales y con reservorio, puntas nasales para oxigeno adultos niños y neonatos. |  |
|  | Lentes de protección para todo el equipo quirúrgico. |  |
|  | Rodillo de transporte para movilización del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla. |  |
|  | El quirófano destinado a cirugía obstétrica deberá incluir una Servo cuna para asistencia de neonato. Balanza, sistema de aspiración y oxígeno. |  |
|  | Equipamiento necesario para RCP neonatal y adulto. |  |
|  | Mandiles de protección para Rayos “X” |  |
|  | Mesas auxiliares para instrumentación a requerimiento |  |
| **4.1.2** | **Instrumental** |  |
|  | El instrumental quirúrgico será dotado de acuerdo a normas internacionales y a requerimiento de los especialistas. |  |
|  | Paquetes o cajas de Instrumental completos y en cantidad suficiente para cirugía mayor y menor en todas las especialidades incluyendo: cirugía general, gineco-obstetricia, otorrinolaringología, traumatología, neurocirugía, cirugía vascular y torácica, cirugía plástica y reconstructiva, urología, en caso de no contar con instrumental en alguna de las especialidades, deberán efectuar todas las gestiones para la dotación de éste, coordinando con el especialista. |  |
| **4.1.3** | **Ropa Quirúrgica** |  |
|  | Uso de ropa estéril según el procedimiento a realizar, los gorros, barbijos y botas deberán ser desechables, acorde a las normas de bioseguridad. También se debe dotar en casos especiales de ropa estéril desechable, este costo ya debe ser incluido al procedimiento. |  |
| **4.2** | **SALA DE RECUPERACIÓN** |  |
|  | Camillas 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, ambú, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc. exclusivo del área quirúrgica. |  |
|  | Monitor cardiaco para cada paciente |  |
|  | Oxímetro de pulso con sensores pediátricos y adultos. |  |
|  | Sábanas, sabanillas y frazadillas en cantidades suficientes |  |
|  | Tensiómetros y estetoscopios de adulto y pediátrico. |  |
| **4.5** | **Área de lavado manos según normativa vigente** |  |
|  | Agua caliente y fría las 24 horas. |  |
|  | Dispensador a pedal o sensores de antisépticos líquidos en todas sus variedades según normativa vigente. |  |
|  | Cepillos para lavado de manos quirúrgico estériles. |  |
| **4.6** | **Área de lavado de material quirúrgico según normativa vigente** |  |
|  | Lavamanos de dos cuerpos. |  |
|  | Agua caliente y fría las 24 horas. |  |
|  | Materiales e insumos de limpieza y desinfección suficientes, de acuerdo a normas internacionales de bioseguridad y a normativa vigente para centrales de esterilización |  |
| **4.7** | **Área de Suministros según normativa vigente** |  |
|  | Equipamiento e instrumental suficiente para proveer material estéril en previsión como para cirugías diarias. |  |
|  | Estantes de almacenamiento para material estéril según normativa para centrales de esterilización. |  |
|  | Ventanilla o área de despacho de material según normativa vigente, atención con mesón y/o escritorio |  |
| **4.8** | **Central de esterilización (según Normativa Vigente)** |  |
|  | Esterilizador de calor húmedo y seco |  |
|  | Esterilizador de vapor saturado a presión, |  |
|  | Lavamanos con agua caliente y fría permanentes. |  |
|  | Controles de esterilización y registros establecidos en la normativa vigente |  |
|  | Estantes de almacenamiento de material. |  |
|  | Áreas establecidas para procesamiento de material y/o instrumental según normativa vigente para centrales de esterilización. |  |
|  | Refrigerador pequeño exclusivo para almacenaje de medicamentos y/o insumos. |  |
|  | Microondas exclusivo para utilización en procedimientos que así lo requieran. |  |
| **4.9** | **Sala de esterilización con Óxido de etileno según normativa vigente** |  |
|  | Esterilizador de óxido de etileno, con sistema de ventilación, el cual podrá ser utilizado a requerimiento de la CSBP. |  |
|  | 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. |  |
| **5** | **Sala de partos** |  |
| **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 quirúrgica para preparación de campos. |  |
|  | Lámpara auxiliar con luz fría, puede ser cielítica |  |
|  | Amniótomos |  |
|  | Ecocardiotocógrafo (monitor fetal) y doppler fetal. |  |
|  | Equipo de reanimación para adulto completo (monitor con desfibrilador, ambú con reservorios, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo para adultos) |  |
|  | Oxímetro de pulso con sensor de adulto. |  |
|  | Recipientes para manejo de residuos según normas de bioseguridad |  |
|  | Sistema de aspiración central completo que incluya cánulas yankawer estériles. |  |
|  | Sistema de oxígeno central que incluya mascarillas y puntas nasales |  |
|  | Carro de curación, incluye antisépticos en todas sus variedades según normativa vigente, gasas apósitos en cantidades suficientes. |  |
|  | Ropa estéril con dotación suficiente y oportuna. |  |
|  | Mandiles de plástico para el personal médico |  |
| **5.2** | **Atención del recién nacido** |  |
|  | Balanza para neonatología |  |
|  | Servocuna completa incluye monitor |  |
|  | Oxímetro de pulso con sensor neonatal |  |
|  | Equipo de reanimación neonatal completo: (monitor cardiaco, ambú con reservorio, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo neonatales) |  |
|  | Mascarillas laríngeas neonatales |  |
|  | Fonendoscopio pediátrico |  |
|  | Mesón de atención de recién nacido, |  |
|  | Insumos de limpieza y desinfección para la sala según normativa vigente |  |
|  | Sistema de aspiración central completo que incluya cánulas de aspiración. |  |
|  | Sistema de oxígeno central que incluya mascarillas y puntas nasales, |  |
|  | Material y equipamiento para la toma de medidas antropométricas. |  |
| **6** | **Sala de Neonatología** |  |
|  | Incubadoras completas y en funcionamiento. |  |
|  | Cuna lavable, con cajonería, transportables y con posibilidad de posición fowler. |  |
|  | Servocuna completa y en funcionamiento. |  |
|  | Equipos de fototerapia LED percutánea o de luz azul con filtro y protección ojos y genitales de los recién nacidos, el cual puede estar en ambiente propio o de UTIN |  |
|  | Mesa de examen con tallímetro balanza neonatal electrónica y equipo de antropometría neonatal |  |
|  | Negatoscopio. |  |
|  | Iluminación central adecuada |  |
|  | Lámparas auxiliares cuello de ganso con luz fría. |  |
|  | Halos cefálicos en todos sus tamaños |  |
|  | Aero cámaras en cantidades suficientes |  |
|  | Nebulizadores bomba de infusión en cantidades suficientes |  |
|  | Vaporizador |  |
|  | Humidificadores de oxígeno con mascarillas, puntas nasales para niños en cantidades suficientes. |  |
|  | Fonendoscopio neonatal |  |
|  | Esterilizador de biberones. |  |
|  | Bañera con ducha de agua caliente y fría las 24 horas para baño de recién nacidos |  |
|  | Sistema de filtrado de agua para hervir y preparar formulas. |  |
|  | Dispensador de antisépticos para lavado de manos del personal al ingreso de la sala, según normativa vigente, toallas de papel |  |
|  | Carro de curación completo con antisépticos, gasas, apósitos, torundas de todo tamaño, en cantidad suficientes, según normativa vigente. |  |
|  | Instrumental necesario para realizar procedimientos de cirugía menor, onfaloclisis, vía central, punciones, etc. |  |
|  | Sistema de aspiración central completo que incluya cánulas de aspiración. |  |
|  | Sistema de oxígeno central que incluya mascarillas y puntas nasales. |  |
|  | Estantería para medicamentos y ropa propia de la sala. |  |
|  | Las cunas contaran con dotación de ropa de cama en condiciones óptimas de limpieza y calidad. |  |
|  | Insumos de limpieza y desinfección suficientes, según normativa vigente. |  |
|  | Mesa de procedimientos o de mayo |  |
|  | Batas limpias preparadas adecuadamente manteniendo las normas de bioseguridad correspondientes al área (aislamiento inverso) |  |
|  | Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros desechables en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio |  |
|  | Disponibilidad de contenedores para ropa y desechos según normas de bioseguridad. |  |
| **7** | **Unidad de Terapia Intensiva (niños y adultos)** |  |
| **7.1** | **Equipos médicos** |  |
|  | Camas eléctricas de terapia intensiva. |  |
|  | Ventilador volumétrico para terapia (uno por cama) en perfecto estado de funcionamiento. |  |
|  | Monitor multi parámetro para cada cama con electrocardiógrafo de registro. |  |
|  | Desfibrilador cardiaco con registro. |  |
|  | Bomba de infusión continua volumétrica y/o de jeringa para cada cama (en cantidad suficiente según requerimiento) |  |
|  | Presurizador de infusiones |  |
|  | Juego de laringoscopio y cánulas de mayo |  |
|  | Cánulas, tubos corrugados, filtros estériles y desechables, por paciente. |  |
|  | Lámpara auxiliar cuello de ganso con luz fría |  |
|  | Carro de paro cardiaco equipado según normativa exclusivamente para Terapia Intensiva, |  |
|  | Negatoscopio. |  |
|  | Carro de curaciones con antisépticos vigentes en la normativa, gasas, torundas y apósitos en cantidades suficientes. |  |
|  | Instrumental quirúrgico estéril para diversos procedimientos en cantidades suficientes. |  |
|  | ECG con registro por cama. |  |
|  | Sistema de aspiración central completo que incluya cánulas de aspiración. |  |
|  | Sistema de oxígeno central que incluya mascarillas y puntas nasales. |  |
|  | Nebulizadores. |  |
|  | Vaporizador. |  |
|  | Humidificadores de oxígeno con mascarillas, puntas nasales en cantidades suficientes. |  |
|  | Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. |  |
| **7.2** | **Mobiliario** |  |
|  | Área o mesón para preparar medicamentos. |  |
|  | Vitrinas y anaqueles para medicamentos y materiales |  |
|  | Escritorio o módulo para instalación de computadora y silla |  |
|  | Sillón de descanso. |  |
| **7.3** | **Ropa de cama** |  |
|  | Batas limpias preparadas adecuadamente manteniendo las normas de bioseguridad correspondientes al área (aislamiento inverso) |  |
|  | Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros desechables en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio (aislamiento reverso) |  |
|  | Disponibilidad de contenedores para ropa y desechos según normas de bioseguridad. |  |
| **8** | **Unidad de Terapia Intensiva UTIN (neonatal)** |  |
| **8.1** | **Equipos médicos** |  |
|  | Ventiladores volumétricos para terapia neonatal con circuitos completos en perfecto estado de funcionamiento. Con sensores neonatales |  |
|  | Servocunas completas y en perfecto estado de funcionamiento |  |
|  | Equipos de fototerapia LED percutánea o luz azul con filtro y protección de los recién nacidos (ya requeridos en neonatología que pueden estar en esta o en la otra unidad) |  |
|  | Monitores multi parámetro con configuración neonatal. Con sensor neonatal |  |
|  | CPAP en cantidad suficiente según requerimiento. |  |
|  | Negatoscopio. |  |
|  | Halos cefálicos de todos los tamaños. |  |
|  | Equipo de resucitación neonatal. |  |
|  | Aerocámaras. |  |
|  | Bombas de infusión de jeringa y volumétrica en cantidades suficientes por paciente |  |
|  | Fonendoscopio neonatal. |  |
|  | Carro de curaciones bien equipado de exclusividad de la unidad. |  |
|  | Tubos corrugados, filtros estériles, desechables por paciente. |  |
|  | Lámpara cuello de ganso con luz fría portátil. |  |
|  | Sistema de aspiración central completo que incluya cánulas de aspiración. |  |
|  | Sistema de oxígeno central que incluya mascarillas y puntas nasales en cantidades suficientes. |  |
|  | Balanza pediátrica |  |
|  | Nebulizadores pediátricos estériles en cantidades suficientes. |  |
|  | Vaporizador. |  |
| **8.2** | **Mobiliario** |  |
|  | Mesa de procedimientos. |  |
|  | Vitrinas para medicamentos y materiales. |  |
| **8.3** | **Ropa de cama** |  |
|  | Batas limpias preparadas adecuadamente manteniendo las normas de bioseguridad correspondientes al área (aislamiento inverso). |  |
|  | Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros desechables en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio (aislamiento reverso). |  |
|  | Disponibilidad de contenedores para ropa y desechos según normas de bioseguridad. |  |
| **9** | **Centrales de enfermería (En caso de tener más de un piso, una central por cada piso)** |  |
| **9.1** | **Equipamiento** |  |
|  | Carro de paro cardiaco equipado con todo lo necesario según normas internacionales vigentes, que garantice la atención del paciente crítico. |  |
|  | Tabla de reanimación. |  |
|  | Área de historias clínicas de fácil acceso. |  |
|  | 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 (central no accesible a personal de enfermería). |  |
|  | Doppler fetal |  |
|  | Intercomunicador para todos los pisos y servicios |  |
|  | Negatoscopio por central de enfermería. |  |
|  | Equipo de Nebulización en cantidades suficientes |  |
|  | Vaporizador en cantidades suficientes y a requerimiento. |  |
|  | Humidificadores, flujómetros de oxígeno con mascarillas y puntas nasales estériles para adultos y niños en cantidades suficientes. |  |
|  | Tensiómetros de mercurio y de pie con ruedas y estetoscopios Adulto y niños. |  |
|  | Glucómetro digital por piso con disponibilidad de cintas reactivas en cantidad suficiente. |  |
|  | Oxímetro de pulso con sensor para neonatos, niños y adultos. |  |
|  | Espéculos ginecológicos de diferentes tamaños y en cantidades suficientes. |  |
|  | Linternas con iluminación adecuada. |  |
|  | Trípodes en cantidades suficientes según requerimiento del servicio |  |
|  | Un arco balcánico. |  |
|  | Equipo de tricotomía perineal. |  |
|  | Un andador (burrito) por piso. |  |
|  | Silla de ruedas por piso exclusivas del servicio. |  |
|  | Camillas de transporte con ruedas una por piso. |  |
|  | Estación intermedia de desechos según normas de bioseguridad. |  |
| **9.2** | **Mobiliario** |  |
|  | 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. |  |
| **9.3** | **Otro equipamiento** |  |
|  | Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. |  |
|  | Equipos de aseo perineal en cantidad suficiente. |  |
|  | Área de lavado de instrumental con lavamanos de dos cuerpos, agua caliente y fría todo el tiempo. |  |
|  | Dispensador de jabón líquido y dotación permanente e ilimitada de desinfectantes, papel toalla y papel higiénico. |  |
|  | Carro de curacion completamente equipados por central de enfermería provistos de antisépticos, gasas, apósitos según normativa vigente y en cantidades suficientes. |  |
|  | Equipos de curación y sutura en cantidad suficiente. |  |
|  | Irrigador para enemas evacuantes en cantidad suficiente. |  |
|  | Instrumental para procedimientos en cantidad suficiente. |  |
| **10** | **Rayos X** |  |
|  | Equipo fijo y portátil, fluoroscopio. |  |
| **11** | **Ecografía** |  |
|  | Ecógrafo de buena resolución, con transductores de diferentes tipos e impresora |  |
| **12** | **Otros servicios de diagnóstico y tratamiento** |  |
|  | ELECTROCARDIÓGRAFO |  |
|  | Equipo confiable para la toma de ECG. |  |
|  | GASOMETRÍA |  |
|  | Equipamiento completo y confiable para gasometrías |  |
|  | ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y PULMONAR |  |
|  | Equipamiento completo y confiable para endoscopía digestiva y pulmonar |  |
|  | BANCO DE SANGRE Y HEMO COMPONENTES |  |
|  | Equipamiento completo y confiable para banco de sangre y hemo componentes |  |
|  | Otros servicios ofertados por el establecimiento. |  |
| **13** | **Salas de espera** |  |
|  | Sillones de espera ergonómicos ubicados de forma adecuada |  |
|  | Televisión LED con instalación de TV cable en buenas condiciones de funcionamiento y buena recepción, con control remoto. |  |
| **14** | **Áreas auxiliares para limpieza** |  |
|  | Carros de transporte de desechos desde la fuente hasta la estación final según normativa vigente de manejo de residuos hospitalarios. |  |
|  | Material de limpieza, desinfección e insumos adecuados en cantidad suficiente para el centro hospitalario. |  |
| **16** | **Ascensor para el traslado de pacientes (Solo aplica si el Centro tiene más de un piso)** |  |
|  | Barandas de seguridad con protección para pacientes. |  |
|  | Sistema de alarma para casos de emergencia. |  |
|  | Sensor de luz para mantener el ascensor abierto durante el traslado de pacientes. |  |
| **18** | **Ambiente para el Coordinador Administrativo** |  |
|  | Un escritorio individual con sillones ergonómicos giratorios. Una Computadora con capacidad de instalar Software Médico de la CSBP. |  |
|  | Dos sillones fijos de espera |  |

**SERVICIOS GENERALES: SERVICIOS y SISTEMAS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **Descripción de Servicios Generales Requeridos** | **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido)** |
| **1** | **Sistema de provisión de oxígeno central:** |  |
|  | Mediante una Central de Oxígeno externa instalada bajo normas internacionales con alarmas de funcionamiento (mínimamente en área quirúrgica, terapia intensiva, neonatología, sala de partos, emergencias y salas de internación) |  |
| **2** | **Sistema de Aspiración y Vacío central:** |  |
|  | Mediante una Central de Vacío Externa, instalada bajo normas internacionales con alarmas de funcionamiento (mínimamente en área quirúrgica, terapia intensiva, neonatología, sala de partos, emergencias y salas de internación) |  |
| **3** | **Sistema de aire acondicionado y ventilación** |  |
|  | Debe dotar en todas las áreas, puede ser central o portátil |  |
| **4** | **Sistema de comunicación telefónica (no excluyente)** |  |
|  | Central telefónica con líneas telefónicas que permitan la comunicación interna. |  |
| **5** | **Sistema de Timbres** |  |
|  | Sistema de timbres de llamado, instalados en todas las salas de internación ubicados en la cabecera del paciente y baños, en sala de preparto. Central de timbre, sin acceso al personal de enfermería. |  |
| **6** | **Red de Internet/WiFi** |  |
|  | Libertad de acceso para la instalación de la red en la infraestructura hospitalaria, en todos los ambientes donde se tenga una Terminal de computadora. |  |
|  | El Centro proponente debe dotar del servicio de WiFi. |  |
| **8** | **Áreas para la instalación de equipos de computación** |  |
|  | El hospital contratado debe permitir la instalación de software de la CSBP |  |
|  | El Centro Contratado deberá proveer los puntos de red necesarios, en coordinación con la CSBP, **deberá ejecutar la instalación del cableado estructurado que sea necesario en forma externa o interna por sus instalaciones,** así como las tomas de corriente eléctrica. **El costo de estos trabajos correrá por cuenta del proponente**. |  |
|  |  |
| Especificaciones técnicas que deben cumplir los equipos de computación: |  |
|  |  |
| 1.- Procesador: doble núcleo o superior |  |
| 2.- Memoria RAM: 4GB o superior |  |
| 3.- Espacio en Disco 80GB o superior |  |
| 4.- Sistema Operativo Windows 10 versión 22 H2 o superior |  |
| **5.- Antivirus: Actualizado, con Firewall, Antimalware, AntiSpam mínimamente** |  |
| 6.- Acceso a internet: Por cable o WIFI |  |
| 7.- Ancho de banda de internet: Internet de Banda Ancha de 10Mbps o superior |  |
| 8.- Impresora: Impresión en formato Carta, Oficio mínimamente |  |
|  |  |
| **9** | **Grupo electrógeno o generador de energía eléctrica u otro sistema.** |  |
|  | Que garantice en las áreas críticas, la provisión permanente del suministro de energía eléctrica |  |
| **10** | **Sistema antiincendios.** |  |
|  | Instalados según normas internacionales para centros hospitalarios, con cobertura a todos sus ambientes |  |
| **11** | **Servicio de apoyo administrativo** |  |
|  | Personal dependiente del centro contratado que brinde atención a los asegurados en coordinación directa con CSBP. Que cumpla las siguientes actividades: |  |
| 1.     Contabilidad: |  |
| ·        Se debe asegurar la recolección de documentación que respalda los pagos al Centro contratado. |  |
| ·        La documentación debe ser enviada, como máximo hasta el 25 de cada mes en formato digital y documentación física de respaldo hasta fin de mes. |  |
| ·        Verificar la transcripción en sistema de las atenciones médicas, resultados de estudios de gabinetes y/o laboratorios para que puedan ser revisadas por nuestro personal. |  |
| ·        La documentación deber estar debidamente ordenada, para evitar retraso en el proceso de revisión. |  |
|  |  |
| 2.     Trabajo Social: |  |
| ·        Respecto al Seguimiento y afiliación de beneficiarios padres y beneficiarios de 19 a 25, Vigencia de Derechos, realiza seguimiento a beneficiarios afiliados con vigencia, solicitando documentación actualizada. Trabajo Social atiende casos de afiliaciones nuevas, para este efecto se debe realizar una entrevista y en función de la pertinencia facilitar los requisitos en afiliación padres y beneficiarios de 19 a 25 años. |  |
| ·        Trabajo Social de la CSBP, atiende los casos de afiliación madre/padre de los asegurados titulares, por lo que la derivación de las consultas debe ser remitidas a esa unidad. |  |
| ·        En el caso de Certificados de Incapacidad Temporal, deben ser remitidas en formato digital al correo de la Lic. Martha Arciénega (martha.arcienega@csbp.com.bo), el mismo día de la emisión para su correspondiente seguimiento. |  |
|  |  |
| 3.     Jefatura Médica: |  |
| ·        En el caso de transferencias temporales o definitivas y/o notas entregadas por los asegurados, estas deben ser enviadas en el día vía correo electrónico a Jefatura Medica de la CSBP, con copia Asistente de Jefatura Medica, con el fin de dar seguimiento y gestionar oportunamente las mismas. En el caso de transferencias por motivos de atención medica de especialidad, se debe adjuntar el informe médico, la Orden de Interconsulta generada en sistema y firmada por el médico tratante correspondiente para su valoración. |  |
| ·        Tener el Excel de Registro de Accidentes de trabajo (Trabajo Social), pre y post ocupacionales, actualizado de manera diaria, como medio de verificación y control. (Drive) |  |
| ·        El formulario de Ente Gestor de los preocupacionales debe ser resguardado en archivos de Integramédica para posterior envío a Cochabamba, los demás formularios entregados bajo registro en cuaderno. |  |
| ·        Verificar el estado de archivos clínicos en regional Cobija. |  |
|  |  |
| 4. Seguros |  |
| ·        Mantener la coordinación con la unidad de Seguros, afiliaciones, procesos de solicitud de carnet (via plataforma virtual el asegurado), ampliación de vigencias asegurados |  |
| Entre otras actividades que sean encomendadas, no siendo limitativas las enunciadas. |  |
| **12** | **Servicio de seguridad** |  |
|  | Personal de seguridad las 24 horas, para el resguardo de personas que acuden al servicio hospitalario. |  |
|  | El centro debe contar con un sistema de seguridad a través de cámaras de vigilancia, sensores de humo y otros que permitan una pronta identificación de riesgos. |  |
| **13** | **Servicio de limpieza** |  |
|  | El centro hospitalario contratado proveerá el servicio de limpieza y con experiencia en el manejo de la limpieza y desinfección de ambientes hospitalarios. |  |
| **14** | **Sistema de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias** |  |
|  | El centro debe conformar su comité de vigilancia epidemiológica según normativa vigente. |  |
| **15** | **Provisión de Material de Curación.** |  |
|  | **Material de curación:** |  |
|  | Algodón normal y laminado, en cantidad suficientes |  |
|  | Gasas normales, vaselinadas y furacinadas, apósitos de todo tipo y tamaño, estériles en cantidad suficiente. |  |
|  | Compresas estériles 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. |  |
|  | **Insumos:** |  |
|  | Antisépticos de uso hospitalario vigentes en la normativa (alcohol puro y yodado, yodo, agua oxigenada, povidona yodada y espumante, clorexidina, quaxide, glutaraldehido, DG6 (cloruro de lapirio) amonio cuaternario etc., en cantidades suficientes. |  |
|  | Azul de metileno, vaselina liquida y estéril, en cantidades suficientes. |  |
|  | Agua destilada normal y estéril, en cantidad suficiente. |  |
|  | Glucómetro, lancetas y tiras reactivas para control de glicemia capilar en pacientes ambulatorios y hospitalizados. |  |
|  | **Otros materiales** |  |
|  | Batas, gorros, botas, barbijos desechables, en cantidades suficientes. |  |
|  | Papel higiénico y papel toalla blanco de buena calidad para pacientes internados. |  |
|  | Shampoo y jaboncillo en barra para pacientes internados en cantidades suficientes. |  |
|  | Jabón líquido en dispensadores. |  |
| **16** | **Servicio de alimentación y nutrición** |  |
|  | Cocina: según normativa vigente |  |
|  | Equipada con implementos, menaje, vajilla, carro térmico. |  |
|  | Personal para atención según normas de higiene y bioseguridad |  |
|  | El ambiente debe ser destinado sólo para cocina. |  |
|  | Paredes y pisos lavables |  |
|  | Economato |  |
|  | Equipado con estantes, conservadoras y refrigeradores según normativa |  |
| **17** | **Otros servicios para procedimientos auxiliares ambulatorios** |  |
|  | **El centro hospitalario contratado deberá proveer ambientes para los servicios de:** |  |
|  | 1.-Terapias de rehidratación oral y parenteral ambulatorias (menor a seis horas). |  |
|  | 2.-Quimioterapias ambulatorias |  |
|  | 3.- Curaciones, suturas e inyectables en todas sus variedades. |  |
|  | 4.-Nebulizaciones ambulatorias. |  |
|  | 5.-Enemas evacuantes. |  |
|  | Todos estos servicios deberán estar disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. |  |
| **18** | **Central de informaciones:** |  |
|  | Un ambiente ubicado al ingreso del centro hospitalario, que cuente con central telefónica y personal permanente dentro de su horario de atención. |  |

**(C.) CALIDAD DEL EQUIPO HOSPITALARIO.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Descripción del equipo** | **Marca** | **Origen** | **Fecha de fabricación** | **Cantidad** | **Características (Breve descripción)** |
|
|
| **1** | Ventilador pulmonar adulto |  |  |  |  |  |
| **2** | Ventilador pulmonar para terapia neonatal |  |  |  |  |  |
| **3** | Incubadora neonatal |  |  |  |  |  |
| **4** | Servocuna |  |  |  |  |  |
| **5** | Fototerapia |  |  |  |  |  |
| **6** | Monitor Multiparamétrico |  |  |  |  |  |
| **7** | Bomba de infusión |  |  |  |  |  |
| **8** | Electrocardiógrafo |  |  |  |  |  |
| **9** | Eco cardiotocógrafo (monitor fetal) |  |  |  |  |  |
| **10** | Doppler fetal |  |  |  |  |  |
| **11** | Electrobisturí monopolar y bipolar |  |  |  |  |  |
| **12** | Máquina de Anestesia con capnógrafo |  |  |  |  |  |
| **13** | Equipo de cirugía laparoscópica para las diferentes especialidades |  |  |  |  |  |
| **14** | Equipo de cirugía artroscópica |  |  |  |  |  |
| **15** | Autoclave de Esterilización |  |  |  |  |  |
| **16** | Desfibrilador |  |  |  |  |  |
| **17** | Oxímetro |  |  |  |  |  |
| **18** | Ecógrafo |  |  |  |  |  |
| **19** | Equipo de Rayos X fijo con fluoroscopio |  |  |  |  |  |
| **20** | Equipo de rayos X portátil |  |  |  |  |  |
| **21** | Arco en C |  |  |  |  |  |
| **22** | Camas de Hospitalización |  |  |  |  |  |
| **23** | Camas UTI/UTIN |  |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 5**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO I** | | |  |
| **CONSULTA EXTERNA** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** |
| 1 | **ATENCIÓN AMBULATORIA** |  |  |
| 1.1 | CONSULTA DE MEDICINA GENERAL | Por evento |  |
| 1.2 | CONSULTA DE CIRUGIA GENERAL | Por evento |  |
| 1.3 | CONSULTA DE EMERGENCIA | Por evento |  |
| 1.7 | CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA | Por evento |  |
| 1.8 | CONSULTA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | Por evento |  |
| 1.9 | CONSULTA DE CARDIOLOGÍA | Por evento |  |
| 1.1 | CONSULTA DE MEDICINA INTERNA | Por evento |  |
| 1.11 | CONSULTA DE NEFROLOGIA | Por evento |  |
| 1.12 | CONSULTA DE NEUROCIRUGIA | Por evento |  |
| 1.13 | CONSULTA DE NEUROLOGIA | Por evento |  |
| 1.14 | CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA | Por evento |  |
| 1.15 | CONSULTA DE PEDIATRIA | Por evento |  |
| 1.16 | CONSULTA DE PSIQUIATRIA | Por evento |  |
| 1.17 | CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA | Por evento |  |
| 1.18 | CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA | Por evento |  |
| 1.19 | CONSULTA MEDICINA DEL TRABAJO | Por evento |  |
| 1.2 | CONSULTA DE UROLOGÍA | Por evento |  |
| 1.21 | CONSULTA DERMATOLOGÍA | Por evento |  |
| 1.22 | CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA | Por evento |  |
| 1.23 | CONSULTA INMUNOLOGIA CLINICA | Por evento |  |
| 1.24 | CONSULTA NEUROLOGIA PEDIATRICA | Por evento |  |
| 1.25 | CONSULTA NEUMOLOGIA PEDIATRICA | Por evento |  |
| 1.26 | CONSULTA CARDIOLOGIA PEDIATRICA | Por evento |  |
| 1.27 | CONSULTA FONOAUDIOLOGIA | Por evento |  |
| 1.28 | TRABAJO SOCIAL (ENTREVISTA, INFORME) | Por evento |  |
| 1.29 | FISIOTERAPIA POR SESION | Por evento |  |
| 1.3 | OTROS SERVICIOS QUE OFERTA EN CONSULTA EXTERNA | Por evento |  |
| **GRUPO II** | | |  |
| **LABORATORIO** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** |
| 2.1 | ACIDO ÚRICO | unidad |  |
| 2.2 | ADA | Unidad |  |
| 2.3 | AFP ALFAFETOPROTEINA | Unidad |  |
| 2.4 | ALBUMINA | Unidad |  |
| 2.5 | ALFAFETOPROTEINA | Unidad |  |
| 2.6 | AMILASA | Unidad |  |
| 2.7 | ANTI TIROGLOBULINA | Unidad |  |
| 2.8 | ANTI TPO | Unidad |  |
| 2.9 | ANTICUERPOS ANDI DNA | Unidad |  |
| 2.1 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES | Unidad |  |
| 2.11 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO PSA | Unidad |  |
| 2.12 | ANTIGENO PROSTATICO LIBRE PSA | Unidad |  |
| 2.13 | ASTO | Unidad |  |
| 2.14 | BILIRRUBINA DIRECTA | Unidad |  |
| 2.15 | BILIRRUBINA TOTAL | Unidad |  |
| 2.16 | BILIRRUMINA INDIRECTA | Unidad |  |
| 2.17 | BUN | Unidad |  |
| 2.18 | BACILOSCOPIA | Unidad |  |
| 2.19 | GEN EXPERT | Unidad |  |
| 2.2 | CA 15:3 | Unidad |  |
| 2.21 | Ca 19.9 | Unidad |  |
| 2.22 | Ca125 | Unidad |  |
| 2.23 | CALCIO | Unidad |  |
| 2.24 | CEA | Unidad |  |
| 2.25 | CHAGAS | Unidad |  |
| 2.26 | CITOMEGALOVIRUS IGG | Unidad |  |
| 2.27 | CITOMEGALOVIRUS IGM | Unidad |  |
| 2.28 | CLAMIDIA IGG | Unidad |  |
| 2.29 | CLAMIDIA IGM | Unidad |  |
| 2.3 | CLEARENCE DE CREATININA | Unidad |  |
| 2.31 | CLORO | Unidad |  |
| 2.32 | COLESTEROL TOTAL | Unidad |  |
| 2.33 | COOMBS DIRECTO | Unidad |  |
| 2.34 | COPROCULTIVOS | Unidad |  |
| 2.35 | COPROPARASITOLOGICO SERIADO | Unidad |  |
| 2.36 | COPROPARASITOLOGICO SIMPLE | Unidad |  |
| 2.37 | CORTISOL AM 7:30-8:30 | Unidad |  |
| 2.38 | CORTISOL PM 16:30-17:30 | Unidad |  |
| 2.39 | COVID 19 ANTIGENO NASAL | Unidad |  |
| 2.4 | CREATINFOSFOKINASA (CK AC) | Unidad |  |
| 2.41 | CREATINFOSFOKINASA MB (CK MB) | Unidad |  |
| 2.42 | CREATININA | Unidad |  |
| 2.43 | CULTIVO DE SECRECIONES | Unidad |  |
| 2.44 | CURVA TOLERANCIA GLUCOSA 3 TOMAS | Unidad |  |
| 2.45 | DIMERO D | Unidad |  |
| 2.46 | ESPERMOCULTIVO | Unidad |  |
| 2.47 | ESTRADIOL | Unidad |  |
| 2.48 | ESTREPTOLISISNA O | Unidad |  |
| 2.49 | ELECTROLITOS NA/K/CL | Unidad |  |
| 2.5 | EXAMEN EN FRESCO | Unidad |  |
| 2.51 | EXAMEN GENERAL DE ORINA | Unidad |  |
| 2.52 | FACTOR REUMATOIDEO | Unidad |  |
| 2.53 | FERRITINA | Unidad |  |
| 2.54 | FIBRINOGENO | Unidad |  |
| 2.55 | FOSFATASA ALCALINA | Unidad |  |
| 2.56 | FOSFORO | Unidad |  |
| 2.57 | FSH | Unidad |  |
| 2.58 | GASOMETRIA | Unidad |  |
| 2.59 | GGT | Unidad |  |
| 2.6 | GLICEMIA | Unidad |  |
| 2.61 | GLICEMIA POR CINTA | Unidad |  |
| 2.62 | GLICEMIA POST PRANDIAL | Unidad |  |
| 2.63 | GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA | Unidad |  |
| 2.64 | GOT | Unidad |  |
| 2.65 | GOTA GRUESA | Unidad |  |
| 2.66 | GPT | Unidad |  |
| 2.67 | GRUPO SANGUINEO Y RH | Unidad |  |
| 2.68 | H.D.L. COLESTEROL | Unidad |  |
| 2.69 | HELICOBACTER PILORY ANTIGENO | Unidad |  |
| 2.7 | HEMOCULTIVOS | Unidad |  |
| 2.71 | HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO | Unidad |  |
| 2.72 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | Unidad |  |
| 2.73 | HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO | Unidad |  |
| 2.74 | HEPATITIS A | Unidad |  |
| 2.75 | HEPATITIS B | Unidad |  |
| 2.76 | HEPATITIS C | Unidad |  |
| 2.77 | HERPES I-II | Unidad |  |
| 2.78 | HIERRO SERICO | Unidad |  |
| 2.79 | ALCOHOLEMIA | Unidad |  |
| 2.8 | IGE | Unidad |  |
| 2.81 | INSULINA BASAL | Unidad |  |
| 2.82 | HISOPADO FARIGEO | Unidad |  |
| 2.83 | HISOPADO URETRAL | Unidad |  |
| 2.84 | L.D.H (DESHIDROGENASA LACTICA) | Unidad |  |
| 2.85 | L.D.L. COLESTEROL | Unidad |  |
| 2.86 | LH | Unidad |  |
| 2.87 | LIPASA | Unidad |  |
| 2.88 | MAGNESIO | Unidad |  |
| 2.89 | MICROALBUMINURIA | Unidad |  |
| 2.9 | MIOGLOBINA | Unidad |  |
| 2.91 | MOCO FECAL | Unidad |  |
| 2.92 | PCR | Unidad |  |
| 2.93 | POTASIO | Unidad |  |
| 2.94 | PRO BNP | Unidad |  |
| 2.95 | PROCALCITONINA | Unidad |  |
| 2.96 | PROGESTERONA | Unidad |  |
| 2.97 | PROLACTINA | Unidad |  |
| 2.98 | PROTEINAS EN ORINA | Unidad |  |
| 2.99 | PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS | Unidad |  |
| 2.1 | PROTEINAS TOTALES | Unidad |  |
| 2.101 | PROTEINURIA 24 HORAS | Unidad |  |
| 2.102 | PRUEBA DE EMBARAZO CUANTITATIVA | Unidad |  |
| 2.103 | PRUEBA RAPIDA DE DENGUE | Unidad |  |
| 2.104 | PRUEBA RAPIDA DE PSA | Unidad |  |
| 2.105 | PRUEBA RAPIDA DE VIH | Unidad |  |
| 2.106 | REACCIONDE WIDAL | Unidad |  |
| 2.107 | RECUENTO DE PLAQUETAS | Unidad |  |
| 2.108 | RETRACCIÓN DE COAGULO | Unidad |  |
| 2.109 | ROTAVIRUS | Unidad |  |
| 2.11 | RPR O VDRL | Unidad |  |
| 2.111 | RT-PCR COVID 19 | Unidad |  |
| 2.112 | SODIO | Unidad |  |
| 2.113 | T3 | Unidad |  |
| 2.114 | T4 LIBRE | Unidad |  |
| 2.115 | TAMISAJE NEONATAL COMPLETO | Unidad |  |
| 2.116 | TEST DE ALERGENOS PEDIATRICOS | Unidad |  |
| 2.117 | TEST DE CRISTALIZACION | Unidad |  |
| 2.118 | TESTOSTERONA LIBRE | Unidad |  |
| 2.119 | TESTOSTERONA TOTAL | Unidad |  |
| 2.12 | TIEMPO DE COAGULACIÓN | Unidad |  |
| 2.121 | TIEMPO DE SANGRIA | Unidad |  |
| 2.122 | TINCION DE GRAM + EXAMEN EN FRESCO | Unidad |  |
| 2.123 | TOXICOLOGICO | Unidad |  |
| 2.124 | TOXOPLASMOSIS IGG | Unidad |  |
| 2.125 | TOXOPLASMOSIS IGM | Unidad |  |
| 2.126 | TP + INR | Unidad |  |
| 2.127 | TRIGLICERIDOS | Unidad |  |
| 2.128 | TROPINA I CUALITATIVA | Unidad |  |
| 2.129 | TROPONINA I CUANTITATIVA | Unidad |  |
| 2.13 | TSH | Unidad |  |
| 2.131 | TTPA | Unidad |  |
| 2.132 | UREA | Unidad |  |
| 2.133 | UROCULTIVO | Unidad |  |
| 2.134 | V.D.L. COLESTEROL | Unidad |  |
| 2.135 | VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN | Unidad |  |
| 2.136 | TEST DE EMBARAZO | Unidad |  |
| 2.137 | TIROGLOBULINA | Unidad |  |
| 2.138 | T4 | Unidad |  |
| 2.139 | DHEA | Unidad |  |
| 2.14 | DEPURACION DE CREATININA DE 24 HORAS EN ORINA | Unidad |  |
| 2.141 | TEST DE GRAHAM | Unidad |  |
| 2.142 | PROTEINURIA 1 TOMA | Unidad |  |
| 2.143 | MORFOLOGIA DE GLOBULOS ROJOS EN ORINA RECIENTE | Unidad |  |
| 2.144 | PAPANICOLAU | Unidad |  |
| 2.145 | CALCIO IONIZADO | Unidad |  |
| 2.146 | OTROS LABORATORIOS QUE OFERTE | Unidad |  |
| GRUPO III | | |  |
| **SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** |
| 3.1 | AUDIOMETRÍA | Evento |  |
| 3.2 | CARDIOTOCOGRAFÍA | Evento |  |
| 3.3 | COLONOSCOPIA | Evento |  |
| 3.4 | DENSITOMETRIA OSEA | Evento |  |
| 3.5 | DOPPLER ARTERIAL MIEMBROS INFERIORES | Evento |  |
| 3.6 | DOPPLER VENOSO MIEMBROS INFERIORES | Evento |  |
| 3.7 | ECO DOPPLER CAROTIDEO | Evento |  |
| 3.8 | ECO FAST EN UNIDAD DE URGENCIAS | Evento |  |
| 3.9 | ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR | Evento |  |
| 3.1 | ECOCARDIOGRAMA BED SIDE | Evento |  |
| 3.11 | ECOGRAFÍA DE ABDÓMEN | Evento |  |
| 3.12 | ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA | Evento |  |
| 3.13 | ECOGRAFÍA DE TIROIDES | Evento |  |
| 3.14 | ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS | Evento |  |
| 3.15 | ECOGRAFÍA ENDOVAGINAL | Evento |  |
| 3.16 | ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA | Evento |  |
| 3.17 | ECOGRAFIA MAMARIA | Evento |  |
| 3.18 | ECOGRAFIA FINAL 1°TRIMESTRE (ECOGRAFIA MARCADORES CROMOSOMICOS) | Evento |  |
| 3.19 | ECOGRAFIA MORFOLOGICA FETAL | Evento |  |
| 3.2 | ECOGRAFIA OBSTETRICA | Evento |  |
| 3.21 | ECOGRAFIA RENAL | Evento |  |
| 3.22 | ECOGRAFÍA TESTICULAR | Evento |  |
| 3.23 | EDAD OSEA | Evento |  |
| 3.24 | ELECTROCARDIOGRAMA | Evento |  |
| 3.25 | ELECTROENCEFALOGRAMA | Evento |  |
| 3.26 | ENDOSCOPÍA | Evento |  |
| 3.27 | ERGOMETRÍA | Evento |  |
| 3.28 | ESPIROMETRÍA | Evento |  |
| 3.29 | HISTEROSALPINGOGRAFIA | Evento |  |
| 3.3 | HOLTER EKG DE 24 HORAS | Evento |  |
| 3.31 | M.A.P.A. | Evento |  |
| 3.32 | RX DIGITAL (POR INCIDENCIA) | Evento |  |
| 3.33 | RX PANORÁMICO | Evento |  |
| 3.34 | TAC COLUMNA CERVICAL | Evento |  |
| 3.35 | TAC DE ABDDOMEN Y PELVIS | Evento |  |
| 3.36 | TAC DE ABDOMEN SUPERIOR | Evento |  |
| 3.37 | TAC DE COLUMNA DORSAL | Evento |  |
| 3.38 | TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA | Evento |  |
| 3.39 | TAC DE CRANEO CON SERIE OSEA | Evento |  |
| 3.4 | TAC DE CRANEO SIMPLE | Evento |  |
| 3.41 | TAC DE MACIZO FACIAL | Evento |  |
| 3.42 | TAC DE MIEMBROS | Evento |  |
| 3.43 | TAC DE PELVIS | Evento |  |
| 3.44 | TAC DE SENOS PARANASALES | Evento |  |
| 3.45 | TAC DE TORAX | Evento |  |
| 3.46 | TAC DENTAL | Evento |  |
| 3.47 | TOMOGRAFÍA CON CONTRASTE | Evento |  |
| 3.48 | UROGRAFIA EXCRETORA | Evento |  |
| 3.49 | UROTAC | Evento |  |
| 3.5 | OTROS QUE OFERTE | Evento |  |
| GRUPO IV | | |  |
| **PROVISIÓN DE SANGRE SEGURA Y HEMO COMPONENTES** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** |
| 4.1 | Concentrado de Hematíes | Unidad |  |
| 4.2 | Hematíes lavados | Unidad |  |
| 4.3 | Plasma fresco congelado | Unidad |  |
| 4.4 | Transfusión de sangre total | Unidad |  |
| 4.5 | Crioprecipitados | Unidad |  |
| 4.6 | Concentrado de plaquetas | Unidad |  |
| GRUPO V | | |  |
| **HOSPITALIZACION** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** |
| 5.1 | Atenciones de recién nacido por parto o cesárea | Por evento |  |
| 5.2 | Uso cuna para recién nacido | Por evento |  |
| 5.3 | Derecho a sala de parto | Por evento |  |
| 5.4 | Derecho quirófano (cirugía mayor) | Por evento |  |
| 5.5 | Derecho quirófano (cirugía menor) | Por evento |  |
| 5.6 | Hemodiálisis de urgencia | Por evento |  |
| 5.7 | Uso de incubadora con fototerapia por día | Por evento |  |
| 5.8 | Uso de incubadora por día | Por evento |  |
| 5.9 | Sala de neonatología | Por evento |  |
| 5.1 | Observación en sala hasta 6 horas | Por evento |  |
| 5.11 | Observación en unidad de terapia intermedia post operatorio (por hora) | Por evento |  |
| 5.12 | Internación sala de cuidados intermedios (sin ventilación mecánica) (sala por día) adulto/pediátrico | Por evento |  |
| 5.13 | Internación sala de cuidados intensivos (con ventilación mecánica) (sala por día) adulto/pediátrico | Por evento |  |
| 5.14 | Internación (sala aislada para patologías infectocontagiosas, por día) | Por evento |  |
| 5.15 | Sala de cuidados intermedios neonatales (por día) | Por evento |  |
| 5.16 | Sala de cuidados intensivos neonatales (por día) | Por evento |  |
| 5.17 | Oxigeno por libra | Por evento |  |
| 5.18 | Sala individual por día | Por evento |  |
| 5.19 | Observación en emergencia (por hora) | Por evento |  |
| 5.2 | Uso de torre de laparoscopía | Por evento |  |
| 5.21 | Otros servicios que oferte por evento | Por evento |  |
| 5.22 | Honorarios por día de seguimiento a pacientes internados por interconsulta (todas las especialidades) | Por evento |  |
| 5.23 | Honorarios por día de seguimiento a pacientes internados (otras especialidades en emergencia) | Por evento |  |
| 5.24 | Honorarios de medico terapista por seguimiento a paciente internado (por día) | Por evento |  |
| 5.25 | Honorarios de médico pediatra neonatologo | Por evento |  |
| 5.26 | Por seguimiento a pacientes internado en UTI o UCIN (por día) | Por evento |  |
| 5.27 | Honorarios profesionales UTI y UTIN | Por evento |  |
| 5.28 | Otros Servicios Hospitalarios que oferte | Por evento |  |
| **GRUPO VI** | | |  |
| **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICOS** | | |  |
| **6.1 PROCEDIMIENTOS MENORES** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** |
| 6.1.1 | Canalización de acceso venoso periférico | Por evento |  |
| 6.1.2 | Colocación de sonda Foley | Por evento |  |
| 6.1.3 | Colocación de sonda nasogástrica | Por evento |  |
| 6.1.4 | Colocación de tubo pleural | Por evento |  |
| 6.1.5 | Drenaje de absceso | Por evento |  |
| 6.1.6 | Enema evacuante (rectal) | Por evento |  |
| 6.1.7 | Extracción de cuerpo extraño (oído o nariz) | Por evento |  |
| 6.1.8 | Frenilectomia | Por evento |  |
| 6.1.9 | Instalación de vía central | Por evento |  |
| 6.1.10 | Inyectable endovenoso | Por evento |  |
| 6.1.11 | Inyectable intramuscular | Por evento |  |
| 6.1.12 | Lavado de oído | Por evento |  |
| 6.1.13 | Nebulización | Por evento |  |
| 6.1.14 | Sedación | Por evento |  |
| 6.1.15 | Taponamiento nasal anterior | Por evento |  |
| 6.1.16 | Otros que oferte | Por evento |  |
| **6.2 PROCEDIMIENTOS MAYORES** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** |
| 6.2.1 | Abdomen agudo ginecológico (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.2 | AMEU (aspirado manual intrauterino) c/sedación emergencias (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.3 | AMEU (aspirado manual intrauterino) s/ sedación emergencias (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.4 | Apendicetomía (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.5 | Biopsia de piel | Por evento |  |
| 6.2.6 | Cesárea (emergencias) (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.7 | Cesárea más salpingoclasia bilateral (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.8 | Cesárea (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.9 | Colecistectomía (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.10 | Colecistectomía laparoscopia (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.11 | Colocación de yeso (sin material) | Por evento |  |
| 6.2.12 | Colpoperineorrafia anterior o posterior | Por evento |  |
| 6.2.13 | Corte de adherencias vulvares | Por evento |  |
| 6.2.14 | Culdocentesis | Por evento |  |
| 6.2.15 | Curación de quemado | Por evento |  |
| 6.2.16 | Curación plana | Por evento |  |
| 6.2.17 | Drenaje absceso glándula de Bartolino | Por evento |  |
| 6.2.18 | Drenaje de abscesos mamario | Por evento |  |
| 6.2.19 | Electro fulguración de lesiones de piel o genitales | Por evento |  |
| 6.2.20 | Embarazo ectópico complicado (emergencias) (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.21 | Embarazo ectópico no complicado (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.22 | Estudio anatopatológico pieza grande | Por evento |  |
| 6.2.23 | Estudio anatopatologico pieza pequeña | Por evento |  |
| 6.2.24 | Extirpacion de quiste de bartholino (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.25 | Extracción de nódulo o quiste mamario (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.26 | Extracción de tejido mamario axilar accesorio (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.27 | Histerectomía vía abdominal (emergencias) (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.28 | Histerectomía (cirujano-ayudante-anestesista-enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.29 | Herniorragia (cirujano-ayudante-anestesiólogo-enfermera) sin malla | Por evento |  |
| 6.2.30 | Herniorragia (cirujano-ayudante-anestesiólogo-enfermera) con malla | Por evento |  |
| 6.2.32 | Inducción más atención de parto (cirujano-ayudante-enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.34 | Laparotomía por abdomen agudo quirúrgico ginecólogo (emergencias) (cirujano-ayudante-anestesista-enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.35 | Lavado gástrico | Por evento |  |
| 6.2.36 | Legrado (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.37 | Legrado uterino instrumental (emergencias) (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.38 | Miomectomia (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.39 | Operación de incontinencia de cuello uterino (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.40 | Parto (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.41 | Polipectomia cervical | Por evento |  |
| 6.2.42 | Punción lumbar | Por evento |  |
| 6.2.43 | Quiste o tumor de ovario (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.44 | Quiste de ovario complicado (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.45 | Quiste de ovario (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.46 | Reanimación cardiopulmonar | Por evento |  |
| 6.2.47 | Reducción de luxaciones | Por evento |  |
| 6.2.48 | Retiro de puntos | Por evento |  |
| 6.2.50 | Salpingoclasia bilateral (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.51 | Sutura (por punto) | Por evento |  |
| 6.2.52 | Toma de biopsia (vaginal cervical vulva) | Por evento |  |
| 6.2.53 | Tratamiento tópico del condiloma | Por evento |  |
| 6.2.54 | Traumatismo de vulva o vagina (laceración, desgarro, etc. emergencias, cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.55 | Fimosis | Por evento |  |
| 6.2.56 | Retiro de catéter (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| 6.2.57 | Litiasis ureteral (cirujano-ayudante- anestesiólogo -enfermera) | Por evento |  |
| **GRUPO VII** | | |  |
| **MEDICAMENTOS POR EMERGENCIA** | | |  |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PORCENTAJE OFERTADO** |
| 7 | **MEDICAMENTOS.** El porcentaje (%) de incremento sobre el costo de adquisición que se aplicará a los MEDICAMENTOS e insumos que sean de uso en Emergencia y Hospitalización | Porcentaje de incremento |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

**MODELO Contrato DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Conste por el presente documento privado, un **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** suscrito al tenor de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA: (PARTES CONTRATANTES). -**  El presente contrato es suscrito por:

* 1. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** boliviano, con Cédula de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, hábil por derecho, en su condición de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**, Ente Gestor del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, con domicilio en la calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zona central de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme acredita el Testimonio Nº\_\_\_\_/202\_ de \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_, por el cual se otorga el Poder General/Especial, Amplio, Suficiente y Expreso por ante la Notaria de Fe Pública de Primera Clase No. \_\_ del Distrito Judicial de \_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo de la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de esta ciudad, que en lo sucesivo se denominará la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**, y por la otra:
  2. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,de nacionalidadboliviana, de profesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_, zona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en adelante se denominará **PROVEEDOR**.

**SEGUNDA: (ANTECEDENTES). -** Mediante formulario de inicio de proceso de fecha \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_ la Jefe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicita la contratación de servicios de una Consultoría para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a través de la modalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de conformidad al Reglamento de Compras aprobado a través de Resolución de Directorio N°\_\_\_/202\_\_\_, adjuntando para ello a \_\_ potenciales proponentes.

Mediante evaluación realizada por la Unidad Solicitante, el PROVEEDOR ha obtenido mayor puntaje durante la evaluación curricular, consiguientemente en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha emitido el formulario de Aprobación de Gasto y No Objeción Administrativa, para proceder a la contratación del PROVEEDOR, por un importe total de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00/100 bolivianos).

Mediante nota CITE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_, se comunica la adjudicación del proceso de contratación del PROVEEDOR**,** quien deberá iniciar actividades el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**TERCERA: (OBJETO). -** Por el presente documento se contrata los servicios del PROVEEDOR **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** con estricta y absoluta sujeción al presente contrato y a los documentos que forman parte de él y en cumplimiento a las normas, condiciones, precio, obligaciones, condiciones del servicio y plazo establecidos.

Los Términos de Referencia han definido las responsabilidades y productos entregables a las cuales el PROVEEDORse compromete, documento que forma parte del presente contrato.

**CUARTA: (PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO). –** El PROVEEDORdesarrollará sus actividades hasta el **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, en estricto acuerdo con el alcance del servicio y conformidad del servicio prestado.

**QUINTA: (PRECIO Y FORMA DE PAGO). -** El precio total propuesto y aceptado por ambas partes para la ejecución del **SERVICIO** es de **Bs. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00/100 Bolivianos),** mismos que serán cancelados en \_\_\_\_\_ pagos contra entrega del informe de avance de los productos, de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia.

Por cada pago la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** procederá a verificar la presentación de nota fiscal correspondiente o la retención de los impuestos de ley.

Queda establecido que el precio acordado en la propuesta incluye todos los elementos, sin excepción alguna, que sean necesario para la realización y cumplimiento del **SERVICIO**.

**SEXTA: (CONDICIONES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO). –** En virtud de las características del objeto del contrato el **PROVEEDOR** tendrá acceso a las oficinas de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** y mantendrá comunicación directa con el personal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la posibilidad de acudir de forma personal a las oficinas de la **CSBP** para realizar trabajos puntuales inherentes al presente contrato.

El **PROVEEDOR** manifiesta conocer y aceptar que el presente contrato es de naturaleza civil de prestación de servicios, no existiendo relación de dependencia laboral, por lo que el consultor declara que al ser el vínculo contractual de naturaleza civil, no existe ninguna relación de dependencia obrero-patronal entre la **CSBP** y el PROVEEDOR, por lo que la **CSBP** no asumirá ninguna obligación ni responsabilidad al respecto.

**SEPTIMA: (OBLIGACIONES). -** Para el correcto desarrollo del **SERVICIO**, objeto del presente contrato, el **PROVEEDOR** se obliga a:

1. Ejecutar el **SERVICIO**, de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia.
2. Garantizar la calidad técnica de los documentos resultantes del **SERVICIO**, respondiendo ante la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP).**
3. Cumplir con cada una de las cláusulas de presente contrato.

**OCTAVA: (OBLIGACIONES DE LA CSBP). -** La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** se obliga a poner a disposición del **PROVEEDOR** la documentación e información necesaria y pertinente para realizar el trabajo respectivo. Adicionalmente se le otorgara todos los insumos materiales e informáticos para que pueda desarrollar el servicio.

Asimismo, la **CSBP** efectuará todas las labores inherentes de contraparte institucional y verificará el cumplimiento del presente contrato.

**NOVENA: (VIGENCIA DEL CONTRATO). -** El presente contrato entrará en vigencia a partir del día siguiente al de la suscripción y se extenderá hasta que ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en él o se produzca su resolución.

**DECIMA: (DOCUMENTOS DEL CONTRATO). -** Para el cumplimiento de lo estipulado en el presente contrato, forman parte del mismo los siguientes documentos:

* Términos de Referencia.
* Nota de Adjudicación.

**DECIMO PRIMERA: (INTRANSFERIBILIDAD DEL CONTRATO). -** El **PROVEEDOR** bajo ningún título podrá ceder, transferir, subrogar, total o parcialmente este contrato, salvo autorización expresa y escrita de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**. Ningún subcontrato o intervención de terceras personas relevará a el PROVEEDOR del cumplimiento de todas sus obligaciones y responsabilidades emergentes del presente contrato.

**DECIMO SEGUNDA: (ESTIPULACIONES SOBRE IMPUESTOS). –** Por cada pago pago la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** el **PROVEEDOR** procederá la entrega de nota fiscal (factura) correspondiente o a la CSBP efectuará la retención de los impuestos de ley.

**DECIMO TERCERA: (CAUSAS DE FUERZA MAYOR y/o CASO FORTUITO). -** Con el fin de exceptuar al **PROVEEDOR** de determinadas responsabilidades por incumplimiento durante la vigencia del presente contrato, la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** tendrá la facultad de calificar las causas de fuerza mayor y/o caso fortuito, que pudieran incidir sobre el cumplimiento del contrato.

Se entiende por **fuerza mayor** al obstáculo externo, imprevisto o inevitable que origina una fuerza extraña al hombre y que impide el cumplimiento de la obligación (ejemplo: incendios, inundaciones y otros desastres naturales).

Se refuta **caso fortuito** al obstáculo interno atribuible al hombre, imprevisto o inevitable, proveniente de las condiciones mismas en que la obligación debía ser cumplida (ejemplo: conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.).

Para que cualquiera de estos hechos pueda constituir justificación de impedimento en la entrega o demora en el cumplimiento del plazo o entrega de documentos, el **PROVEEDOR** deberá presentar necesaria, inexcusable e imprescindiblemente justificación válida documentada, la misma que podrá ser aceptada por la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**, hasta **cinco (5) días hábiles antes.** Cumplido dicho plazo no se aceptarán solicitud alguna referida a las causales citadas, para fines de ampliación de plazo del contrato, solicitud de exención en el pago de penalidades y/o la intención de la Resolución del Contrato.

Analizada la justificación por la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP),** ésta podrá autorizar o no la ampliación de plazo en la entrega de documentos, dejar sin efecto el cobro de multas o la intención de Resolución. En caso de ser autorizada la ampliación, se suscribirá el correspondiente Contrato Modificatorio.

**DECIMO CUARTA: (CONCLUSIÓN DEL CONTRATO). -** El presente contrato concluirá por una de las siguientes causas:

**14.1 Por Cumplimiento de Contrato:**  De forma normal tanto la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** como el PROVEEDOR, darán por terminado el presente contrato, una vez que ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en él; aspecto que se hará constar por escrito, mediante el Certificado de Cumplimiento de Contrato.

**14.2 Por Resolución del Contrato:**

**14.2.1 Resolución a requerimiento de la csbp.**

Si se diera el caso, la **csbp** podrá resolver el presente contrato, por las siguientes causales:

1. Falta o suspensión del **SERVICIO** o entrega de documentos sin justificación alguna por parte de el PROVEEDOR**.**
2. Incumplimiento injustificado en la iniciación del servicio.
3. Por subcontratación de un parte del servicio sin que ésta haya sido autorizada por la **csbp.**
4. Cuando las multas por mora se han llegado al límite del 10% del monto del contrato, de forma optativa para la **csbp**.
5. Cuando las multas por mora se han llegado al límite del 20% del monto del contrato, de forma obligatoria para la **csbp**.
6. Por mejor decisión administrativa, comunicada al **PROVEEDOR** con 30 días calendario de anticipación.

**14.2.2 Resolución a requerimiento de el PROVEEDOR por causales atribuibles a la CSBP.**

El **PROVEEDOR** podrá proceder al trámite de resolución del contrato, en los siguientes casos:

1. Por instrucciones injustificadas emanadas de la **csbp,** para la suspensión de la provisión del servicio, por más de treinta (30) días calendario.
2. Si apartándose de los términos del contrato, la **csbp** pretende efectuar modificar los alcances del servicio, sin la emisión del contrato modificatorio correspondiente.
3. Por incumplimiento injustificado en el pago, por más de cuarenta y cinco (45) días calendario computados a partir de la fecha de entrega de la factura por el **SERVICIO** prestado a la entidad.
   * 1. **Resolución por causas de fuerza mayor o caso fortuito que afecten a la csbp o** el PROVEEDOR**.**

Si en cualquier momento antes de la terminación del **SERVICIO**, objeto del presente contrato, la **csbp** o el **PROVEEDOR** se encontrase con situaciones no atribuibles a su voluntad, por causas de fuerza mayor o caso fortuito que imposibiliten la prestación del servicio o vayan contra los intereses de la **csbp**, la parte afectada**,** comunicará por escrito su intención de resolver el contrato, justificando la causa.

La **csbp** mediante carta notariada dirigida a el **PROVEEDOR,** suspenderá el servicio y resolverá el contrato total o parcialmente. A la entrega de dicha comunicación oficial de resolución, el **PROVEEDOR** suspenderá la provisión de acuerdo a las instrucciones escritas que al efecto emita la **csbp.**

**14.3 Reglas aplicables a la Resolución:** Para procesar la resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas, las **PARTES,** según corresponda, dará aviso escrito mediante carta notariada, a la otra parte, de su intención de “Resolver el Contrato”, estableciendo claramente la causal que se aduce.

Si dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de la provisión y se tomarán las medidas necesarias para continuar normalmente con las estipulaciones del contrato. El requirente de la resolución expresará por escrito su conformidad a la solución y el aviso de intención de resolución será retirado.

En el caso de que al vencimiento del término de los diez (10) días hábiles no existiese ninguna respuesta, el proceso de resolución continuará a cuyo fin la **csbp** o el PROVEEDOR**,** según quién haya requerido la Resolución del contrato, notificará mediante carta notariada a la otra parte, que la resolución del contrato se ha hecho efectivo.

En el caso, que el monto de la multa por atraso en la entrega, alcance al veinte por ciento (20%) del monto total del contrato, la **csbp** deberá notificar mediante carta notariada que la resolución de contrato se ha hecho efectiva.

**DECIMO QUINTA: (SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS). -** **1.** En caso de surgir dudas sobre los derechos y obligaciones de las partes durante la ejecución del presente Contrato, **LAS PARTES** acudirán a los términos y condiciones del presente Contrato, a la Propuesta Adjudicada y a los Términos de Referencia o Especificaciones Técnicas, en ese orden de preferencia.

**2.** Todo litigio, conflicto, diferencia, discrepancia, cuestión, reclamación, interpretación o controversia resultante u originada en la ejecución del el presente Contrato, será resuelta en la vía de la Conciliación convencional entre partes o mediante el Arbitraje. Si la vía de conciliación no resuelve el conflicto en el plazo de 15 días calendario computables a partir del inicio de la etapa de conciliación, se agotará esta vía de forma automática y se activará la fase de Arbitraje.

Se acuerda que el Arbitraje se llevará a cabo en la ciudad de (La Paz – Bolivia) y será administrado por el Centro de Conciliación y Arbitraje que la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** elija. El Arbitraje se desarrollará en idioma español y dentro de jurisdicción y normativa boliviana.

Las **PARTES** hacen constar expresamente su compromiso irrevocable de cumplir el Laudo Arbitral que se dicte, renunciando expresamente y desistiendo anticipadamente al recurso de anulación del Laudo Arbitral.

Ningún proceso de conciliación o arbitraje planteado por las partes podrá suspender las obligaciones de cumplimiento de este Contrato por el **PROVEEDOR** salvo acuerdo de **PARTES.**

**DECIMO SEXTA: (MODIFICACIONES AL CONTRATO). -** La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** podrá introducir modificaciones que considere estrictamente necesarias, siempre que no afecten la esencia y objeto del presente contrato y, con tal propósito, tendrá la facultad para solicitar por escrito a el PROVEEDOR, la modificación del **SERVICIO** originalmente adjudicado, así como la ampliación del plazo por necesidad institucional debidamente justificada. Las referidas modificaciones, se realizarán a través del contrato modificatorio correspondiente. Las causales de modificación deben ser sustentadas por informes técnicos y legales.

El contrato modificatorio, debe ser emitido y suscrito en forma previa a la ejecución de la modificación, por lo que no constituye un documento regularizador.

La modificación del **SERVICIO,** así como la existencia de causas de fuerza mayor o caso fortuito, necesidad institucional o suspensión temporal del servicio, puede dar lugar a la ampliación del plazo del contrato, debiendo establecerse de forma clara el lapso de la ampliación.

**DECIMO SÉPTIMA: (MULTA).-** A los efectos de aplicarse morosidad en la prestación del **SERVICIO,** la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** y el PROVEEDOR tomarán en cuenta los plazos de entrega en forma satisfactoria de los documentos, productos o servicios contratados, caso contrario el PROVEEDOR se constituirá en mora sin necesidad de ningún requerimiento de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP),** obligándose por el sólo hecho del vencimiento del plazo, a pagar por cada día calendario de retraso en el cumplimiento del plazo, una multa equivalente al **0.3% (cero punto tres por ciento)** que será descontado del monto pendiente de pago.

Las multas serán cobradas mediante descuentos establecidos expresamente por la **csbp** con base en el informe específico y documentado del pago o pagos pendientes o de la liquidación final.

**DECIMO OCTAVA: (CIERRE O LIQUIDACIÓN DE CONTRATO). -** Una vez cumplidel objeto y los términos del contrato, la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** procederá a la emisión del Certificado de Cumplimiento de Contrato, previa solicitud escrita de el PROVEEDOR**.** En el cierre o liquidación de contrato, se tomará en cuenta las multas y penalidades, si hubiera.

**DECIMO NOVENA (GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO).-**

**10.1** El **PROVEEDOR** garantiza el correcto cumplimiento y la fiel ejecución del presente Contrato, en todas sus partes, para lo cual garantizará el mismo con el 7& de su pago mensual. El monto descontado será devuelto una vez cumplido el contrato.

**10.2** El importe de dicha garantía, **en caso de cualquier incumplimiento contractual** incurrido por el **PROVEEDOR**, será pagado en favor de la **CSBP** sin necesidad de trámite o acción judicial alguna, solamente a su simple requerimiento ante la entidad financiera que emitió la garantía.

**GARANTIAS ADICIONALES**

El **PROVEEDOR** brinda las siguientes garantías adicionales establecidas en la propuesta adjudicada, las cuales se encuentran respaldadas con cartas notariadas/documentos de fecha \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_, emitidas en el marco de la propuesta adjudicada:

* Garantía 1: …………..
* Garantía 2: …………..

**VIGESIMA: (DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN). -** Cualquier aviso o notificación que tengan que darse las partes bajo este contrato será enviada:

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El PROVEEDOR**:** Av. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VIGESIMA PRIMRA: (GASTOS NOTARIALES).-** Todos los gastos que demande ante Notario de Fe Pública, para el reconocimiento de firma será cubierto en su integridad por el **PROVEEDOR.**

**VIGESIMA: (ACEPTACION Y CONFORMIDAD). -** Ambas partes contratantes declaran conocer todas y cada una de las cláusulas precedentes dando su aceptación, consentimiento y plena conformidad con las mismas, suscribiendo al pie del presente contrato en tres ejemplares**.**

La Paz, xxxxx de 2023.

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

**PROVEEDOR CSBP**