**FORMULARIO DE ESPECIFICACIONES TECNICA**

**PROPUESTA TÉCNICA**

**Requerimientos Fundamentales o Habilitantes:** Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece como INDISPENSABLES, para un servicio de calidad a sus asegurados. Estos requerimientos deben ser satisfechos o cubiertos en un 100 % por las empresas proponentes para que sus propuestas puedan ser consideradas o habilitadas. Si algún proponente no cumple con alguno de estos requerimientos fundamentales, su propuesta será inhabilitada.

Los **requerimientos Indispensables** son los siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PROPUESTA** |
| 1. **ASPECTOS GENERALES** |  |
| * 1. El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Laboratorio. |  |
| * 1. El Laboratorio en el cual se realizaran los estudios deberá funcionar considerando las normas establecidas de Bioseguridad (Adjuntar copia de la Normativa aplicada en el Centro). |  |
| * 1. El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, hasta el día 20 de cada mes, adjuntando la documentación que respalda la entrega de los estudios de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO |  |
| 1. **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR** |  |
| * 1. PRUEBAS ESPECIALES (BACTERIOLOGIA Y CULTIVOS):   El proveedor deberá realizar su oferta considerando el Nº de pruebas estimadas en la modalidad de “paquete” o monto fijo mensual, así como el costo unitario por excedente una vez que se alcance el tope de 700 pruebas mensuales.  El precio de las pruebas excedentes no podrá superar el promedio del costo unitario considerado en el paquete (COSTO UNITARIO EXCEDENTE–COSTO PAQUETE/N° DE PRUEBAS)   |  |  | | --- | --- | | **N.º** | **LISTADO DE CULTIVOS** | | 1 | ALBUMINA EN ORINA, DE 24 HORAS. | | 2 | ANÁLISIS DE CÁLCULO RENAL Y OTROS | | 3 | CARBAMAZEPINA SERICA | | 4 | CITOQUIMICO PARA LCR | | 5 | COPROCULTIVOY ANTIBIOGRAMA | | 6 | CULTI. P/BK Y ANTIBIOGRAMA | | 7 | CULTIVO DE HONGOS Y ANTIBIOGRAMA | | 8 | CULTIVO DE LCR Y ANTIBIOGRAMA | | 9 | CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL | | 10 | CULTIVO ESPERMA Y ANTIBIOGRAMA | | 11 | CULTIVO PARA ANAEROBIOS | | 12 | CULTIVO SEC. CONJUNTIVAL Y ANTIBIOGRAMA | | 13 | CULTIVO SEC. FARINGEA Y ANTIB. | | 14 | CULTIVO SEC. OTICA Y ANTIBIOGRAMA | | 15 | CULTIVO SEC. PARANASALY ANTIBIOGRAMA | | 16 | CULTIVO SEC. URETRALY ANTIBIOGRAMA | | 17 | CULTIVO SEC. VAGINAL Y ANTIBIOGRAMA | | 18 | CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SECRECION NO ESPECIFICA | | 19 | DETECCION RAPIDA CLAMIDIA EN SEC. VAGINA | | 20 | EXAMEN EN FRESCO DE SECRECION VAGINAL | | 21 | EXAMEN MICOLOGICO DIRECTO | | 22 | FROTIS EXAMEN DIRECTO | | 23 | HEMOCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | | 24 | HEMOCULTIVOS SERIADOS | | 25 | LIPASA | | 26 | LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO TORULA TINTA CHI | | 27 | LIQUIDO SINOVIAL BK DIRECTO | | 28 | PKU | | 29 | PRUEBA RAPIDA PARA ESTREPTOCOCO GRUPO A | | 30 | TINCION GRAM | | 31 | TINCION PARA CLAMIDIAS | | 32 | UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |  * 1. PRUEBAS ESPECIALES (INMUNOLOGIA):Estos exámenes se realizarán en función a las necesidades de la CSBP, no existiendo una cantidad mínima ni máxima de pruebas al realizarse por tratarse de una contratación por evento.  |  |  | | --- | --- | | **Nº** | **PRUEBAS ESPECIALES POR EVENTO** | | 1 | 17 CETOESTEROIDES | | 2 | 17 HIDOROXIESTEROIDES | | 3 | 17 HIDROXI PROGESTERONA | | 4 | AC LUPICO | | 5 | ACETONA URINARIA | | 6 | ACIDO FOLICO | | 7 | ACIDO VALPROICO SERICO | | 8 | ACIDO VANIL MANDELICO | | 9 | ACTH | | 10 | ALFA FETOPROTEINA | | 11 | ANTI B2 GLICOPROTEINA 1 IGG - IGM - IGA | | 12 | ANTI CC P | | 13 | ANTI HISTONA | | 14 | ANTICOAGULANTE LUPICO CIRCULANTE | | 15 | ANTICUERPOS ANTI DNA DS | | 16 | ANTICUERPOS ANTI DNA SS | | 17 | ANTICUERPOS ANTI JO | | 18 | ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALES | | 19 | ANTICUERPOS ANTI RNP | | 20 | ANTICUERPOS ANTI SCL 70 | | 21 | ANTICUERPOS ANTI SM | | 22 | ANTICUERPOS ANTI SS A | | 23 | ANTICUERPOS ANTI SS B | | 24 | ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IgG | | 25 | ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IgM | | 26 | ANTICUERPOS ANTINEUTROFILO (ANCA) | | 27 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES POR INMUNOFLUERESCENCIA EN CELULAS HEP-2 | | 28 | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIO IGG | | 29 | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIO IGM | | 30 | ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS | | 31 | ANTIGENEMIA PARA H. PYLORI | | 32 | ANTIGENO PROSTATA ESPECIFICO LIBRE | | 33 | APOLIPOPROTEINA A | | 34 | APOLIPOPROTEINA B | | 35 | B12 VITAMINA | | 36 | BK1 | | 37 | BK1, BK2, BK3 (SERIADO) | | 38 | BRUCELLA IgG | | 39 | BRUCELLA IGM | | 40 | Ca 19-9 | | 41 | CA-125 | | 42 | CA-15-3 | | 43 | CAMPILOBACTER | | 44 | CEA (ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO) | | 45 | CH 50 | | 46 | CHLAMYDIA IgG | | 47 | CHLAMYDIA IgM | | 48 | CICLOSPORINA | | 49 | CISTICERCOSIS - ANTICUERPOS | | 50 | CISTINURIA | | 51 | CITOMEGALOVIRUS IgG | | 52 | CITOMEGALOVIRUS IgM | | 53 | CITOQUIMICO PARA SINOVIAL | | 54 | COCAINA SERICA | | 55 | COMPLEMENTO C4 | | 56 | COMPLEMENTO C3 | | 57 | COMPLENTO TOTAL | | 58 | CORTISOL | | 59 | CORTISOL AM | | 60 | CORTISOL LIBRE UNITARIO | | 61 | CORTISOL PM | | 62 | DENGUE IgG - IgM | | 63 | DEPURACION DE CRATININA ORINA DE 24 HORAS | | 64 | DHEA | | 65 | DIFENIL HIDANTOINA | | 66 | DIMERO D | | 67 | DJEA | | 68 | DOSAJE DE CARAMAZEPINA SERICA | | 69 | DOSAJE DE FENITOINA | | 70 | ELECTROFORESIS DE PROTEINAS | | 71 | ELECTROLITOS EN SUDOR | | 72 | ELISA PARA CHAGAS | | 73 | ELISA PARA SIFILIS | | 74 | ESPERMOGRAMA O ESPERMATOGRAMA | | 75 | ESTRADIOL | | 76 | ESTRIOL | | 77 | ESTRIOL LIBRE | | 78 | F.S.H. | | 79 | FENOBARBITAL SERICO | | 80 | FERRITINA | | 81 | FOFATASA ACIDA TOTAL | | 82 | FOSFASA ACIDA PROSTATICA | | 83 | FRUCTUOSA | | 84 | GIARDIA LAMBLIA (EIA) | | 85 | HELICOBACTER PYLORI IGG | | 86 | HELICOBACTER PYLORI IGM | | 87 | HEPATITIS A IG G | | 88 | HEPATITIS A IG M | | 89 | HEPATITIS ANTI HBCAG -ANTI CORE- | | 90 | HEPATITIS ANTI HBCAG -IgM- | | 91 | HEPATITIS ANTI HBEAG ANTI ENVOLTURA | | 92 | HEPATITIS ANTI HBSAG AUSTRALIA DE SUP. | | 93 | HEPATITIS HBDAG -DELTA- | | 94 | HERPES TIPO I-II | | 95 | HERPES VIRUS TIPO 1 IgM | | 96 | HERPES VIRUS TIPO 1Ig G | | 97 | HGC ANTISUBUNIDAD BETA CUANTITATIVO | | 98 | HISTOPLASMA ANTICUERPO IGM | | 99 | HIV I - II (ELISA) | | 100 | HORMONA DEL CRECIMIENTO | | 101 | HTLV - I ELISA | | 102 | IFI INFLUENZA | | 103 | IFI PARAINFLUENZA | | 104 | INDICE DE HETEROGENICIDAD | | 105 | INDICE DE TIROXINA LIBRE | | 106 | INFLUENZA A IgG IFFI | | 107 | INMUNOELECTROFORESIS | | 108 | INMUNOFLUORESCENCIA PARA CLAMIDIAS | | 109 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGM | | 110 | INMUNOGLOBULINA SERICA IgA | | 111 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGE | | 112 | INMUNOGLOBULINA SERICA IgG | | 113 | INSULINA | | 114 | L.H. | | 115 | LACTATO | | 116 | LIPASA | | 117 | LIQUIDO SINOVIAL BK | | 118 | LITIO | | 119 | OSMALARIDAD SERICA | | 120 | PARATOHORMONA | | 121 | PCR PARA B. KOCH | | 122 | PEPTIDO C | | 123 | PNEUMOCYSTIS CARINII | | 124 | PROGESTERONA | | 125 | PROLACTINA | | 126 | PROTEINA DE BENCEN-JONES | | 127 | PRUEBA DE FTA ABS. IgM | | 128 | PRUEBAS DE ESTIMULACION LRH TRH GHRH CR | | 129 | PSA TOTAL | | 130 | RENINA | | 131 | RENINA PLASMATICA | | 132 | RUBEOLA IgG | | 133 | RUBEOLA IgM | | 134 | T.S.H. | | 135 | T3 | | 136 | T4 | | 137 | TASA DE TRANSPORTE DE LITIO | | 138 | TB X PCR | | 139 | TESTOSTERONA | | 140 | TIEMPO DE TROMBINA | | 141 | TIROGLOBULINA | | 142 | TOXOPLASMA IgM | | 143 | TOXOPLASMA IgG | | 144 | TSH ULTRASENSIBLE | | 145 | VIRUS EPSTEIN BAR IgG | | 146 | VIRUS EPSTEIN BAR IgM | | 147 | VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO |  * 1. PRUEBAS DE RUTINA: Las Pruebas de Rutina que serán realizadas por evento y a solicitud del médico tratante de la CSBP. (Estas son de respaldo en el caso que el laboratorio de la CSBP como efecto de alguna contingencia no pueda procesarlas).   Estos exámenes tendrán un sólo precio unitario y se realizarán en función a las necesidades de la CSBP, no existiendo una cantidad mínima ni máxima de pruebas al realizarse por tratarse de una contratación por evento.   |  |  | | --- | --- | | **Nº** | **PRUEBA** | | 1 | ÁCIDO ÚRICO | | 2 | ÁCIDO ÚRICO EN ORINA | | 3 | ALBUMINAS | | 4 | ANAL SWAB | | 5 | ANAL SWAB SERIADO | | 6 | ANÁLISIS DE ORINA | | 7 | ASTO | | 8 | BAERMAN (MÉTODO DE CONCENTRACIÓN) | | 9 | BAERMAN SERIADO | | 10 | B-HGC CUALITATIVO EN ORINA | | 11 | BILIRRUBINA | | 12 | BK1 | | 13 | BUN (NITRÓGENO UREICO SÉRICO O NUS) | | 14 | CALCIO | | 15 | CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS | | 16 | CALCIO IÓNICO | | 17 | CÉLULAS LE | | 18 | CITOGRAMA NASAL | | 19 | CITOQUÍMICO | | 20 | CLORO | | 21 | CLORO EN ORINA | | 22 | COLESTEROL | | 23 | COOMBS DIRECTO | | 24 | COOMBS INDIRECTO | | 25 | COPROPARASITOLÓGICO | | 26 | COPROPARASITOLÓGICO SERIADO | | 27 | CPK-MB (CREATINA FOSFOKINASA-MB) | | 28 | CREATININA EN LIQUIDO | | 29 | CREATININA EN ORINA | | 30 | CREATININA EN SANGRE | | 31 | CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA | | 32 | DESHIDROGENASA LÁCTICA LDH | | 33 | DIMORFISMO ERITROCITARIO EN ORINA | | 34 | ERITROSEDIMENTACION | | 35 | FACTOR REUMATOIDE (FR-LÁTEX RA) | | 36 | FACTOR REUMATOIDE CUANTITATIVO | | 37 | FIBRINÓGENO | | 38 | FOSFATASA ACIDA PROSTÁTICA EN SUERO | | 39 | FOSFATASA ALCALINA | | 40 | FOSFOLÍPIDOS | | 41 | FOSFORO | | 42 | FOSFORO EN ORINA | | 43 | GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA GGT | | 44 | GLICEMIA BASAL | | 45 | GLICEMIA POSTPRANDIAL | | 46 | GLICEMIA POSTPRANDIAL POST GLUCOSA… | | 47 | GLOBULINAS | | 48 | GLUCOSURIA | | 49 | GOTA GRUESA | | 50 | GRASAS EN HECES | | 51 | GRUPO Y RH | | 52 | HAI CHAGAS | | 53 | HAI TOXOPLASMOSIS | | 54 | HDL COLESTEROL | | 55 | HEMATOCRITO | | 56 | HEMOGLOBINA | | 57 | HEMOGRAMA COMPLETO | | 58 | HIERRO SÉRICO | | 59 | HISOPADO RECTAL | | 60 | HUDLESON | | 61 | INVESTIGACIÓN DE AMEBAS EN FRESCO | | 62 | LDL COLESTEROL | | 63 | LÍPIDOS TOTALES | | 64 | MAGNESIO | | 65 | MAGNESIO EN ORINA (DE 24 HORAS) | | 66 | MOCO FECAL | | 67 | MONOTEST O PRUEBA DE PAUL BUNNEL | | 68 | MUCOPROTEINAS | | 69 | PH EN OTROS LIQUIDOS | | 70 | PH EN SALIVA | | 71 | POTASIO | | 72 | POTASIO EN LIQUIDO | | 73 | POTASIO EN ORINA | | 74 | PPD O PRUEBA DE MANTOUX (TUBERCULOSIS) | | 75 | PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) | | 76 | PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) CUANTITATIVO | | 77 | PROTEINAS DE BENCE JONES EN ORINA | | 78 | PROTEÍNAS TOTALES | | 79 | PROTEINURIA DE 24 HRS. | | 80 | REACCIÓN DE WEIL FÉLIX | | 81 | REACION DE WIDAL | | 82 | RECUENTO DE PLAQUETAS | | 83 | RECUENTO DE RETICULOCITOS | | 84 | RETRACCIÓN DEL COAGULO | | 85 | RPR | | 86 | SANGRE OCULTA EN HECES CON DIETA | | 87 | SANGRE OCULTA EN HECES CON DIETA SERIADA | | 88 | SANGRE OCULTA EN HECES SIN DIETA | | 89 | SANGRE OCULTA SERIADA SIN DIETA 3 MUESTRA. | | 90 | SEDIMENTOS URINARIOS | | 91 | SODIO | | 92 | SODIO EN ORINA | | 93 | STROUT | | 94 | SUB UNIDAD BETA DE HGC/CUALITATIVO | | 95 | SUSTANCIAS REDUCTORAS | | 96 | TÉCNICA DE GRAHAM (PARASITOLÓGICO) | | 97 | TÉCNICA EN GRAHAM SERIADA | | 98 | TGO ASPARTATO AMINOTRANSFERASA AST | | 99 | TGP ALANINO AMINOTRANSFERASA | | 100 | TIEMPO DE COAGULACIÓN (MÉTODO DE LEE-WHITE) | | 101 | TIEMPO DE PROTROMBINA | | 102 | TIEMPO DE SANGRÍA (MÉTODO DE DUKE) | | 103 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL AC.PTTK | | 104 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA SERRIDGE | | 105 | TINCIÓN DE GRAM | | 106 | TINCIÓN DE ZIEHL NEELSEN | | 107 | TINTA CHINA (EN LIQ. CEFALORRAQUÍDEO) | | 108 | TRANSFERRINA | | 109 | TRIGLICÉRIDO | | 110 | UREA EN ORINA | | 111 | UREMIA | | 112 | VDRL | | 113 | VDRL EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO | | 114 | VLDL COLESTEROL | |  |
| 1. **COSTO POR TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO O EN CLINICA:**   La empresa deberá establecer el costo adicional que cobrará por atención (toma de muestra) a domicilio o en clínica. |  |
| 1. **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO**   El proponente deberá detallar la cantidad de personal con la que prestará el servicio; el número de profesionales señalado en este acápite es el mínimo requerido, pudiendo ofertar el servicio con mayor cantidad de profesionales.  En el caso de profesionales Bioquímicos y técnicos los mismos deberán estar registrados en el colegio profesional que corresponde (Adjuntar Hoja de Vida, especificando cursos de actualización en el área (documentada)) |  |
| * 1. **UN** profesional Bioquímico que deberá contar con: * Título en provisión nacional |  |
| * 1. **Tres** Técnico (s) Superior (s), capacitado (s) en laboratorio clínico que deberán contar con: * Título en provisión nacional |  |
| * 1. Personal Auxiliar de laboratorio: * Recepcionista (1) * Limpieza |  |
| 1. **EQUIPAMIENTO** |  |
| * 1. EQUIPO MÍNIMO   El Proponente deberá contar como mínimo con los siguientes Aparatos y Equipos destinados a Laboratorio de Análisis Clínico, debiendo especificar por equipo Tecnología y año de fabricación.  En caso de contar con equipos adicionales adjuntar listado con características.   |  |  | | --- | --- | |  |  | | **N°** | **EQUIPO** | | 1 | (1) Centrifuga de mesa | | 2 | (1) Centrifuga para micro hematocrito | | 3 | (1) Microscopio binocular con objetivos X10, X40, X100 | | 4 | (1) Micrómetro calibrado para coproparasitológia | | 5 | (1) Espectrofotómetro con una gamma espectral de 340 a 700 nanómetros | | 6 | (1) Balanza | | 7 | (1) Baño maría con temperatura regulable | | 8 | (1) Refrigerador a +4C con congelador | | 9 | (1) Analizador para medición de electrolitos | | 10 | (1) Equipo de electroforesis | | 11 | (1) Medidor de PH sanguíneo | | 12 | (1) Dispositivo que permita la coloración de las laminas | | 13 | (1) Cámara de Neubauer) | | 14 | (1) Contador de mano de 4 cifras | | 15 | (1) Contador diferencial de 5 dígitos | | 16 | (1) Mezclador de tubos | | 17 | (1) Set de micropipetas | | 18 | (1) Reloj de intervalos | | 19 | (1) Rotador de Rango graduable | | 20 | (1) Agitador tipo Vortex | | 21 | (1) Set de 8 gradillas de 30 tubos | | 22 | (1) Set de 8 tubos de Wintrobe + cánula | | 23 | (1) Soporte para tubos de eritrosedimentacion | | 24 | (1) Mechero de alcohol | | 25 | (1) Autoclave | | 26 | (1) Horno de secado/ Estufa | | 27 | (3) Silla de extracción de sangre | | 28 | (3) Mesa ginecológica | | 29 | (1) Mesón con lavabo de 1 cuerpo | | 30 | (1) Microscopio invertido para cultivos virales | | 31 | (1) Equipo para análisis ELISA y accesorios de incubación, lavado y lectura | | 32 | (1) Auto analizador de hormonas | |  |
| * 1. EQUIPAMIENTO DE APOYO  |  |  | | --- | --- | | **N°** | **Equipamientos de Apoyo:** | | 1 | 1. Recipientes para transporte de muestras | | 2 | 1. Porta objetos | | 3 | 1. Cubre objetos | | 4 | 1. Basureros de acuerdo a Norma de Bioseguridad | | 5 | 1. Mesas | | 6 | 1. Balanza digital | |  |
| 1. **ASPECTOS DE CALIDAD** |  |
| * 1. ASPECTOS CONTRACTUALES   El proponente, en caso de que anteriormente hubiera prestado servicios a la CSBP, no deberá tener procesos iniciados en contra de la CSBP o iniciados por la CSBP en su contra, como consecuencia de dichos servicios. Asimismo, durante la prestación del servicio no debe haber tenido conflictos con los profesionales médicos de la CSBP u observaciones a los resultados proporcionados, confirmadas con segunda prueba de laboratorio, como efecto del servicio prestado.  De la misma manera NO deberá contar con deudas pendientes con la CSBP |  |
| * 1. ERROR EN LOS RESULTADOS   Si la CSBP encontrase dudas o error en el resultado de laboratorio, podrá solicitar se repita la prueba bajo costo de la empresa adjudicada  La empresa deberá presentar en forma trimestral los controles de calidad realizados por laboratorio autorizado |  |
| 1. **COMPROMISOS A ASUMIR** |  |
| * 1. ATENCION DE EMERGENCIA   El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que prestará los servicios que se requieran de EMERGENCIA sean estos en feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos etc. |  |
| * 1. CONTINUIDAD DEL SERVICIO   El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que si por algún motivo (Desperfectos en máquinas, etc.) no pueda prestar el servicio requerido, contratará por cuenta propia los servicios de otra empresa que preste el mismo servicio, garantizando de esta forma la continuidad del servicio. |  |
| 1. **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** |  |
| * 1. ENLACE SOFTWARE MEDICO CSBP   El proponente deberá adjuntar carta de compromiso de contar con un Equipo de Computación apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |  |
| * 1. EVENTO EXTRAODINARIO   El proponente deberá adjuntar carta de compromiso en la cual acepte que en casos que Autoridades Competentes procedan con la suspensión de actividades en salud (ajenas a la voluntad de las partes), los servicios prestados por paquete serán convertidos en prestaciones por evento, hecho que será comunicado por la CSBP al contratado mediante nota o correo electrónico. |  |
| * 1. HORARIOS DE ATENCION   La toma de muestras de laboratorio de pruebas de Rutina y especiales se realizará en la oficina central y sucursales del Laboratorio Adjudicado, en los horarios de 7:00 Am a 20:00 pm. (El horario descrito es referencial no limitativo, pudiendo el proponente ampliar o modificar el mismo).  TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS DE EMERGENCIA: La toma de muestras para pacientes de emergencia se realizará las 24 horas del día en el Hospital de la CSBP, su oficina central y todas sus sucursales. |  |
| * 1. OPORTUNIDAD EN ENTREGA DE INFORMES |  |
| * + 1. Los informes de resultado de los ESTUDIOS REALIZADOS deben ser subidos a sistema de la CSBP además de ser entregados en Archivo Central de la CSBP, en el tiempo establecido según especificaciones. |  |
| * + 1. Los Informes mensuales para el cobro respectivo, deberán ser entregados hasta el día 20 de cada mes, al área de contabilidad (Doble vía a La Guardia, entre 4to y 5to Anillo zona sur, Calle Eucaliptos N°10). |  |
| 1. **UBICACIÓN**   Especificar claramente la dirección del centro médico y sus sucursales |  |
| * 1. El centro debe contar con acceso para personas con capacidades limitadas |  |
| * 1. El centro debe contar con señalética interna y externa |  |
| * 1. El centro debe contar con Teléfono fijo y celular (para pacientes) exponer números. |  |
| 1. **INFRAESTRUCTURA** |  |
| * 1. **Área Técnica** a continuación se detalla la cantidad mínima de ambientes requeridos, deberán exponer en su propuesta la superficie de los ambientes. |  |
| * + 1. 2 Ambientes para procesamiento de muestras |  |
| * + 1. 1 Área de toma de muestras, separada del área analítica y administrativa, (mínimamente debe presentar 4 cubículos para toma de muestras –(incluyendo sucursales))   (Especificar sucursales-ambientes) |  |
| * + 1. 1 Área de toma de muestras especiales, (Ginecológicas, pediátricas y otras). Especificar |  |
| * 1. **Área de Apoyo técnico:**   Área de Apoyo Técnico (especificar ambientes recepción, sala de espera, baño, etc.)   * Sala de recepción * Baños * Área de administración |  |
| 1. **AUTORIZACIÓN SEDES**   El Centro Médico deberá contar con la Autorización de funcionamiento o certificación de documentación en trámite, emitida por el SEDES (Adjuntar fotocopia) |  |
| 1. **EXPRIENCIA**   Se requiere al menos cinco años de experiencia en el servicio solicitado |  |

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

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**