

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### SC-CMA-005-2023

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“SERVICIOS DE TOMOGRAFÍA”** |

 **Santa Cruz, febrero de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****CONTRATO MARCO SZ-CMA-005-2023****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Santa Cruz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIOS DE TOMOGRAFÍA – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: A las mejores propuestas que cumplan lo requerido. Se podrá adjudicar los servicios a más de un proponente y los servicios contratados serán a requerimiento de la CSBP |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Cumple/**N**o Cumple |
| Encargados de atender consultas: Lic. Genni Hiza R. Ing. Wendy Oropeza R.  |
| Correo electrónico: genni.hiza@csbp.com.bo wendy.oropeza@csbp.com.bo  |
| Teléfono: 3427676 int. 3428 |

**CONTRATO MARCO SERVICIOS DE TOMOGRAFÍA – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 28/02/2022 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Inspección Previa | No corresponde | No corresponde | No corresponde |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:07/03/2022 | HastaHrs.16:00 | Dirigidas a:genni.hiza@csbp.com.bowendy.oropeza@csbp.com.bo |
| 4 | Reunión de Aclaración | 09/03/2023 | Hrs.10:00 | Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo) – Sala de Reuniones  |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 20/03/2023 | Hasta:14:00 | Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo) – Secretaria de Administración |
| 6 | Apertura de Ofertas. | 20/03/2023 | 14:15 | Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo) – secretaria de Administración  |
| 7 | Resultado Del Proceso | 21/04/2022 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |

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

|  |
| --- |
| **PARTE I****INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE**
 | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº 060/2021 del 30 de noviembre de 2021, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES**
 | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:1. 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**
 | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades: * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada.
* Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP.
* Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales.
* Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.

Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación: * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo.
* Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa.
* Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP.
* Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.
 |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE**
 | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:* 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.
	2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.
	3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente.
 |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP**
 | * 1. Instancia de Aprobación:

 Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero Dr. Edgar Butron Gerente Médico.  * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

Lic. Joaquín López Gerente General Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero Dr. Edgar Butron Gerente MédicoPara el presente proceso de contratación se designará un Comité de Contrataciones que dará la no objeción para la firma del Contrato.  |
| 1. **IDIOMA**
 | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA**
 | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION**
 | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN**
 | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física.
2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío.
3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación.
 |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION**
 | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso.
2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación.
3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.

La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION**
 | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION**
 | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC.
2. Error en el PC.
 |

|  |
| --- |
| **PARTE II****PREPARACIÓN DE LA OFERTA** |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA**
 | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:**DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS*** Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**.
* Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA*** Formulario **N°3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original**
* Formulario **N°4** de Experiencia de la empresa,identificado en los Anexos de este documento, **en original**

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN POR ITEMS*** La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N°5** 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, para lo que se considerará lo siguiente: 1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso.
2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta.
 |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**
 | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados. El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA**
 | La recepción de ofertas se realizará de forma física.**OFERTA FISICA:** La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****REGIONAL SANTA CRUZ,****LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: : Zona Sur, Calle Eucaliptos s/n entre calle las Palmeras y Condominio Britania (paralelo a la doble vía la guardia entre cuarto y quinto anillo. Secretaria de Administración ***……………………………………………………………..*****RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: SC-CMA-005/2023****“SERVICIOS DE TOMOGRAFÍA”*****PRIMERA* CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 14:15 del día 20** **de marzo de 2023****No abrir antes de horas del día**  **de de 2022****No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**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, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.**  |
| 1. **ACTO DE APERTURA**
 | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes.Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación. Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES**
 | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades: 1. Propuesta Técnica.
2. Propuesta Económica.
3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote.
4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.
 |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES**
 | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC;
2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.

Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta. Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS**
 | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra.
2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada.
3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas.
4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida.
5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC.
6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita.
7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas.
8. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras.
9. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC.
 |

|  |
| --- |
| **PARTE III****EVALUACIÓN DE OFERTAS** |
| 1. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO**
 | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | Para el caso de Contratos Marco, al ser bienes, obras y/o servicios parametrizados, donde se conoce las características exactas de lo que se requiere, el método de Calificación será cumple no cumple, ya que basta con que las propuestas cumplan con las características solicitadas y en base a los precios ofertados se podrá elegir a una o varias empresas para Contratar. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION**
 | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles.Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN**
 | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:1. Nómina de los proponentes y precios ofertados
2. Cuadros comparativos
3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica
4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia.
5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda.
6. Detalle de inhabilitación de propuestas, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente.
7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes
8. Recomendación de adjudicación o declaratoria desierta.
 |

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

|  |
| --- |
| **PARTE V****ESPECIFICACIONES TECNICAS** |
| La Caja de Salud de la Banca privada Regional Santa Cruz requiere realizar la compra por **EVENTO** del servicio: TOMOGRAFÍA para cubrir las necesidades de los asegurados de acuerdo a lo requerido por los médicos de las distintas especialidades a ser cancelado de manera mensual.**FORMA EN LA CUAL SE SOLICITARÁ EL SERVICIO**El procedimiento será el siguiente:* + El profesional médico odontólogo de la C.S.B.P. una vez que determina que el Asegurado de la CSBP requiere de la realización de ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA emitirá la orden Médica misma que deberá estar con la firma y sello del Médico que requiere el servicio.
	+ El paciente acudirá al Centro contratado portando la orden firmada y sellada por el Médico que requiere el procedimiento con la respectiva autorización de Jefatura de Policonsultorio o Jefatura de Hospitalización, quedando bajo la responsabilidad del Centro mientras dura el mismo.
	+ En caso que el paciente presentará alguna complicación durante el procedimiento que requiera de Hospitalización, deberá informar esta situación al Coordinador de Hospitalización de la CSBP con la finalidad de coordinar el traslado del paciente a la Clínica CSBP.
	+ El proponente adjudicado mensualmente deberá enviar a la CSBP un informe Médico sobre cada uno de los asegurados a los cuales se realizaron estudios de TOMOGRAFÍA con las respectivas observaciones y recomendaciones.
	+ Para todos los procedimientos se debe hacer llegar a la CSBP. La documentación completa de descargo que, justifique el cobro realizado, historia clínica, informes, imágenes, etc., con el sello y firma de los profesionales que intervinieron en el proceso, correspondientes al área.

**PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO**El contrato tendrá una vigencia de DOS AÑOS, renovables previo acuerdo entre partes.**FORMA DE PAGO**La CSBP realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual el Proveedor deberá presentar una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, Órdenes de Servicio más los resultados y cuadro resumen de estudios realizados durante el mes, mismo que deberá contener la siguiente información:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº**  | **ASEGURADO** | **ESTUDIO REALIZADO** | **MEDICO QUE SOLICITO** | **FECHA DE REALIZACION** | **Nº DE ORDEN MEDICA EMITIDA DEL SAMI** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

La solicitud de pago debe ser entregada en Oficinas Administrativas – Contabilidad: en los plazos previstos por el área (hasta cada 20 de mes), posterior a la atención realizada.**DETALLE DE PROCEDIMIENTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A RELIZAR** |
| 1 | ANGIOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL |
| 2 | ANGIOTOMOGRAFÍA CEREBRAL / CRANEO |
| 3 | ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA (CARDIACA) |
| 4 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA ABDOMINAL |
| 5 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA TORÁCICA |
| 6 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA TORACO ABDOMINAL |
| 7 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA TOTAL |
| 8 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE CUELLO Y CRÁNEO (PROTOCOLO ACV) |
| 9 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE PELVIS |
| 10 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE VASOS SUPRA AÓRTICOS |
| 11 | ANGIOTOMOGRAFÍA PERIFÉRICA AMBOS MIEMBROS INFERIORES |
| 12 | ANGIOTOMOGRAFÍA PERIFÉRICA AMBOS MIEMBROS SUPERIORES |
| 13 | ANGIOTOMOGRAFÍA PULMONAR (PROTOCOLO TEP) |
| 14 | ANGIOTOMOGRAFÍA MEDIASTINO |
| 15 | ANGIOTOMOGRAFÍA HIGADO Y VIAS BILIARES |
| 16 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE PROSTATA |
| 17 | ANGIOTOMOGRAFIA DE MAMAS (UNI/BILATERAL) |
| 18 | ANGIOTOMOGRAFÍA RENAL |
| 19 | NAVEGACIÓN VIRTUAL GASTROINTESTINAL CON RECONSTRUCCIÓN 3D |
| 20 | TOMOGRAFÍA DE MEDIASTINO |
| 21 | TOMOGRAFÍA DE PULMONES CON CONTRASTE |
| 22 | TOMOGRAFÍA DE PULMONES SIMPLE |
| 23 | TOMOGRAFÍA DE RIÑONES CON CONTRASTE |
| 24 | TOMOGRAFÍA DE RIÑONES SIMPLE |
| 25 | TOMOGRAFÍA DE SILLA TURCA CON CONTRASTE |
| 26 | TOMOGRAFÍA DE SILLA TURCA SIMPLE |
| 27 | TOMOGRAFÍA DE PÁNCREAS CON CONTRASTE |
| 28 | TOMOGRAFÍA DE PÁNCREAS SIMPLE |
| 29 | TOMOGRAFÍA DE PARÓTIDAS CON CONTRASTE |
| 30 | TOMOGRAFÍA DE PARÓTIDAS SIMPLE |
| 31 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN CON CONTRASTE EV |
| 32 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASNTE EV-ORAL |
| 33 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASTE ORAL |
| 34 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN SUPERIOR SIN CONTRASTE |
| 35 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV |
| 36 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV-ORAL |
| 37 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE ORAL |
| 38 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS SIN CONTRASTE |
| 39 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL SIN CONTRASTE |
| 40 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE EV |
| 41 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE EV - ORAL |
| 42 | TOMOGRAFÍA ANTEBRAZO CON CONTRASTE EV |
| 43 | TOMOGRAFÍA ANTEBRAZO SIN CONTRASTE |
| 44 | TOMOGRAFÍA BAZO (HÚMERO) CON CONTRASTE EV |
| 45 | TOMOGRAFÍA BAZO (HÚMERO) SIN CONTRASTE |
| 46 | TOMOGRAFÍA CODO CON CONTRASTE EV |
| 47 | TOMOGRAFÍA CODO SIN CONTRASTE |
| 48 | TOMOGRAFÍA COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE EV |
| 49 | TOMOGRAFÍA COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE |
| 50 | TOMOGRAFÍA COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE EV |
| 51 | TOMOGRAFÍA COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE |
| 52 | TOMOGRAFIA COLUMNA LUMBAR SIN CONTRASTE |
| 53 | TOMOGRAFIA COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE EV |
| 54 | TOMOGRAFIA COLUMNA DORSO LUMBAR SIN CONTRASTE |
| 55 | TOMOGRAFIA COLUMNA DORSO LUMBAR CON CONTRASTE |
| 56 | TOMOGRAFÍA COLUMNA LUMBOSACRA CON CONTRASTE EV |
| 57 | TOMOGRAFÍA COLUMNA LUMBOSACRA SIN CONTRASTE |
| 58 | TOMOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL SIN CONTRASTE |
| 59 | TOMOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL CON CONTRASTE |
| 60 | TOMOGRAFÍA CRÁNEO CON CONTRASTE EV |
| 61 | TOMOGRAFÍA CRÁNEO SIN CONTRASTE |
| 62 | TOMOGRAFÍA CUELLO CON CONTRASTE EV |
| 63 | TOMOGRAFÍA CUELLO SIN CONTRASTE |
| 64 | TOMOGRAFÍA HOMBRO CON CONTRASTE EV |
| 65 | TOMOGRAFÍA HOMBRO SIN CONTRASTE |
| 66 | TOMOGRAFÍA MACIZO FACIAL CON CONTRASTE EV |
| 67 | TOMOGRAFÍA MACIZO FACIAL SIN CONTRASTE |
| 68 | TOMOGRAFÍA MANO CON CONTRASTE EV |
| 69 | TOMOGRAFÍA MANO SIN CONTRASTE |
| 70 | TOMOGRAFÍA MUÑECA CON CONTRASTE EV |
| 71 | TOMOGRAFÍA MUÑECA SIN CONTRASTE |
| 72 | TOMOGRAFÍA MUSLO (FÉMUR) CON CONTRASTE EV |
| 73 | TOMOGRAFÍA MUSLO (FÉMUR) SIN CONTRASTE |
| 74 | TOMOGRAFÍA OÍDOS CON CONTRASTE EV |
| 75 | TOMOGRAFÍA OÍDOS SIN CONTRASTE |
| 76 | TOMOGRAFÍA ORBITAS CON CONTRASTE EV |
| 77 | TOMOGRAFÍA ORBITAS SIN CONTRASTE |
| 78 | TOMOGRAFIA DE PARRILA COSTAL SIN CONTRASTE |
| 79 | TOMOGRAFIA DE PARRILA COSTAL CON CONTRASTE EV |
| 80 | TOMOGRAFÍA PELVIS CON CONTRASTE EV |
| 81 | TOMOGRAFÍA PELVIS SIN CONTRASTE |
| 82 | TOMOGRAFÍA PERFUSIÓN CEREBRAL CON CONTRASTE |
| 83 | TOMOGRAFÍA PIE CON CONTRASTE EV |
| 84 | TOMOGRAFÍA PIE SIN CONTRASTE |
| 85 | TOMOGRAFÍA PIERNA CON CONTRASTE EV |
| 86 | TOMOGRAFÍA PIERNA SIN CONTRASTE |
| 87 | TOMOGRAFÍA REGIÓN SELAR CON CONTRASTE EV |
| 88 | TOMOGRAFÍA RODILLA CON CONTRASTE EV |
| 89 | TOMOGRAFÍA RODILLA SIN CONTRASTE |
| 90 | TOMOGRAFÍA ROTULAS AXIALES 3 GRADOS SIN CONTRASTE |
| 91 | TOMOGRAFÍA SCORE DE CALCIO (RIESGO CORONARIO) SIN CONTRASTE |
| 92 | TOMOGRAFÍA SENOS PARANASALES CON CONTRASTE EV |
| 93 | TOMOGRAFÍA SENOS PARANASALES SIN CONTRASTE |
| 94 | TOMOGRAFÍA TOBILLO CON CONTRASTE EV |
| 95 | TOMOGRAFÍA TOBILLO SIN CONTRASTE |
| 96 | TOMOGRAFÍA TÓRAX CON CONTRASTE EV |
| 97 | TOMOGRAFÍA TÓRAX DE ALTA RESOLUCIÓN SIN CONTRASTE |
| 98 | TOMOGRAFÍA TÓRAX SIN CONTRASTE |
| 99 | TOMOGRAFÍA TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV |
| 100 | TOMOGRAFÍA TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE ORAL |
| 101 | TOMOGRAFÍA TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE SIN CONTRASTE |
| 102 | TOMOGRAFÍA TRIFÁSICA DE HÍGADO CON CONTRASTE |
| 103 | TOMOGRAFÍA TRIFÁSICA DE PÁNCREAS CON CONTRASTE |
| 104 | TOMOGRAFIA DE RIÑONES SIN CONTRASTE |
| 105 | TOMOGRAFIA DE RIÑONES CON CONTRASTE EV |
| 106 | TOMOTRAFIA UROLOGICA SIN CONTRASTE (UROTAC) |
| 107 | TOMOGRAFÍA UROLÓGICA CON CONTRASTE EV (UROTAC) |
| 108 | PUNCION GUIADA POR TOMOGRAFIA (INCLUYE AGUJA) |

**REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO****I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| A.1 | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Médico. |
| A.2 | El Centro Médico en el cual se realizarán los estudios deberá funcionar considerando las normas establecidas de Bioseguridad (Adjuntar copias de la Normativa aplicada en el Centro).  |
| A.3 | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la entrega de los estudios de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DEL SERIVICIO ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA**  |
|  | El proponente deberá detallar la cantidad de personal con la que se prestará el servicio, en el caso de profesionales médicos y enfermeras los mismos deberán estar registrados en el colegio profesional que corresponde (Adjuntar Hoja de Vida y fotocopia simple de documentación). |
| B.1 | (UN) Médico Especialista en Imagenología que debe contar con:Título en provisión nacional |
|  | (UN) Técnico Superior y/o licenciado en Radiología que debe contar con:Título en provisión nacional |
| B.2 | (UN) Licenciada o auxiliar de enfermería que deberán contar con:Título en provisión nacional  |
| B.3 | Personal administrativo:- (Un) Personal de Recepción- (Un) Personal de Seguridad- (Un) Personal de Limpieza |
| **C** | **EQUIPAMIENTO**  |
| C.1 | El proponente deberá especificar claramente el/los Equipos con los cuales prestará el servicio: Equipos a la prestación del servicio de TOMOGRAFÍA, debiendo especificar Tipo de quipo – Tecnología y año de fabricación. En caso de contar con equipos adicionales adjuntar listado con características. |
| C 1.1 | (1) UN TOMÓGRAFO MULTICORTE DE 64 CORTES O MAS |
| C.2 | **EQUIPAMIENTO DE APOYO** |
| C.2.1 | EQUIPO DE REANIMACIÓN: |
|  | (1) VENTILADOR MANUAL TIPO AMBU |
|  | (1) LARINGOSCOPIO |
|  | (1) TUBOS ENDOTRAQUEALES PARA INTUBACIÓN |
|  | (1) DESFIBRILADOR CARDIACO |
|  | (1) OXIMETRO |
|  | (1) OXÍGENO Y SU MEDIO DE ADMINISTRACIÓN |
|  | (1) ASPIRADOR PORTATIL |
| C 2.2 | MATERIAL DESCARTABLE  |
|  | * Jeringas
* Gasas
* Agujas
* Guantes
 |
| **D** | **HORARIOS DE ATENCION**  |
| D 1 | De lunes a viernes de hrs 8.30 a 20:00 y sábados de 8:00 a 12 :00 (el horario descrito es referencial no limitativo, pudiendo el proponente ampliar o modificar el mismo)  |
| **E** | **COMPROMISOS A EFECTUAR**  |
| E 1 | **ATENCION DE EMERGENCIA**El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que prestara los servicios que se requieran de EMERGENCIA sean estos en días feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos etc. |
| E.2 | **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. |
| **F** | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** |
| F 1 | El proponente deberá adjuntar carta de compromiso de contar con un Equipo de Computación con conexión a internet, apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| F.2 | Los informes de resultado de los ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO realizados deben ser entregados en Archivo Central de la CSBP-Regional Santa Cruz en un plazo máximo de 24 horas de realizado el estudio. |
| F.3 | Los Informes mensuales para el cobro respectivo, deberán ser entregados hasta el día 20 de cada mes, al área de contabilidad (doble vía La guardia, entre 4to. Y 5to anillo Zona Sur; Calle Eucaliptos No. 10 )  |
| **G** |  **UBICACIÓN DEL SERVICIO**  |
| G.1 | Especificar claramente la dirección del centro médico, en caso de ser de difícil ubicación adjuntar mapa (Google maps)  |
| G.2 | El centro debe contar con acceso para personas con capacidades limitadas  |
| G.3 | El centro debe contar con Señalética Interna y externa  |
| G.4 | El centro debe contar con teléfono fijo y celular (para proveer a los pacientes como referencia el contacto) exponer números  |
| H | **INFRAESTRUCTURA** |
| H.1 | Área técnica (detallar superficie de ambientes y numerarlos si cuenta con más de uno). El centro debe contar con aire acondicionado en todas las salas y deberá contar como mínimo con:  |
| H.2 | 1. SALA DE EQUIPO

Equipo(s) según procedimiento e infraestructura según norma  |
| H.3 |  (1) SALA DE CONSOLA |
| H.4 | Área de apoyo técnico (especificar ambientes de recepción, sala de espera, baño etc.) * Sala de espera
* Baños
* Vestuarios
* Área de administración
 |
| **I** | **AUTORIZACION SEDES** |
| I.1 | El Centro Médico deberá contar con la Autorización de funcionamiento o certificación de trámite en proceso emitida por el SEDES (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **J** | **EXPERIENCIA** |
|  | El proponente deberá contar con al menos tres años de experiencia en el servicio solicitado. |

 |

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **PARTE VI****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 PROPONENTEIDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS |
| **FORMULARIO 4** | EXPERIENCIA DE LA EMPRESA |
| **FORMULARIO 5** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco SC-CMA-004-2023 SERVICIOS DE TOMOGRAFÍA**

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

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para qué 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 Social de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), registrado ante la instancia competente.

b) Testimonio de Poder, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, registrado ante la instancia competente.

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

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

 \*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio de Poder, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, registrado ante la instancia competente.

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

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

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

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

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

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

**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**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

##

|  |
| --- |
|  |
| **PARA SER LLENADO POR LA CSBP** | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | **OBSERVACIONES** |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **PUNTAJE ASIGNADO AL PROPONENTE** | **(especificar el porqué del puntaje asignado)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| A.1 | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Médico. |
| A.2 | El Centro Médico en el cual se realizarán los estudios deberá funcionar considerando las normas establecidas de Bioseguridad (Adjuntar copias de la Normativa aplicada en el Centro).  |
| A.3 | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la entrega de los estudios de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DEL SERIVICIO ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA**  |
|  | El proponente deberá detallar la cantidad de personal con la que se prestará el servicio, en el caso de profesionales médicos y enfermeras los mismos deberán estar registrados en el colegio profesional que corresponde (Adjuntar Hoja de Vida y fotocopia simple de documentación). |
| B.1 | (UN) Médico Especialista en Imagenología y/o Técnico Superior en Imagenología (Diagnóstico por imágenes) que deberá contar con:Título en provisión nacional |
| B.2 | (UN) Licenciada o auxiliar de enfermería que deberán contar con:Título en provisión nacional  |
| B.3 | Personal administrativo:- (Un) Personal de Recepción- (Un) Personal de Seguridad- (Un) Personal de Limpieza |
| **C** | **EQUIPAMIENTO**  |
| C.1 | El proponente deberá especificar claramente el/los Equipos con los cuales prestará el servicio: Equipos a la prestación del servicio de TOMOGRAFÍA, debiendo especificar Tipo de quipo – Tecnología y año de fabricación. En caso de contar con equipos adicionales adjuntar listado con características. |
| C 1.1 | (1) UN TOMÓGRAFO MULTICORTE DE 64 CORTES O MAS |
| C.2 | **EQUIPAMIENTO DE APOYO** |
| C.2.1 | EQUIPO DE REANIMACIÓN: |
|  | (1) VENTILADOR MANUAL TIPO AMBU |
|  | (1) LARINGOSCOPIO |
|  | (1) TUBOS ENDOTRAQUEALES PARA INTUBACIÓN |
|  | (1) DESFIBRILADOR CARDIACO |
|  | (1) OXIMETRO |
|  | (1) OXÍGENO Y SU MEDIO DE ADMINISTRACIÓN |
|  | (1) ASPIRADOR PORTATIL |
| C 2.2 | MATERIAL DESCARTABLE  |
|  | * Jeringas
* Gasas
* Agujas
* Guantes
 |
| **D** | **HORARIOS DE ATENCION**  |
| D 1 | De lunes a viernes de hrs 8.30 a 20:00 y sábados de 8:00 a 12 :00 (el horario descrito es referencial no limitativo, pudiendo el proponente ampliar o modificar el mismo)  |
| **E** | **COMPROMISOS A EFECTUAR**  |
| E 1 | **ATENCION DE EMERGENCIA**El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que prestara los servicios que se requieran de EMERGENCIA sean estos en días feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos etc. |
| E.2 | **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. |
| **F** | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** |
| F 1 | El proponente deberá adjuntar carta de compromiso de contar con un Equipo de Computación con conexión a internet, apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| F.2 | Los informes de resultado de los ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO realizados deben ser entregados en Archivo Central de la CSBP-Regional Santa Cruz en un plazo máximo de 24 horas de realizado el estudio. |
| F.3 | Los Informes mensuales para el cobro respectivo, deberán ser entregados hasta el día 20 de cada mes, al área de contabilidad (doble vía La guardia, entre 4to. Y 5to anillo Zona Sur; Calle Eucaliptos No. 10 )  |
| **G** |  **UBICACIÓN DEL SERVICIO**  |
| G.1 | Especificar claramente la dirección del centro médico, en caso de ser de difícil ubicación adjuntar mapa (Google maps)  |
| G.2 | El centro debe contar con acceso para personas con capacidades limitadas  |
| G.3 | El centro debe contar con Señalética Interna y externa  |
| G.4 | El centro debe contar con teléfono fijo y celular (para proveer a los pacientes como referencia el contacto) exponer números  |
| H | **INFRAESTRUCTURA** |
| H.1 | Área técnica (detallar superficie de ambientes y numerarlos si cuenta con más de uno). El centro debe contar con aire acondicionado en todas las salas y deberá contar como mínimo con:  |
| H.2 | 1. SALA DE EQUIPO

Equipo(s) según procedimiento e infraestructura según norma  |
| H.3 |  (1) SALA DE CONSOLA |
| H.4 | Área de apoyo técnico (especificar ambientes de recepción, sala de espera, baño etc.) * Sala de espera
* Baños
* Vestuarios
* Área de administración
 |
| **I** | **AUTORIZACION SEDES** |
| I.1 | El Centro Médico deberá contar con la Autorización de funcionamiento o certificación de trámite en proceso emitida por el SEDES (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **J** | **EXPERIENCIA** |
|  | El proponente deberá contar con al menos tres años de experiencia en el servicio solicitado. |

 |   |  |  |
| **TOTAL:** |  |  | **RESULTADO EVALUACION TÉCNICA** |  |

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

**(Nombre completo del representante legal**

**FORMULARIO Nº 4**

**DETALLE DE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **FECHA** | **NOMBRE DEL CLIENTE** | **SERVICIO PRESTADO** | **MONTO TOTAL (Bs.)** | **DOCUMENTO QUE RESPALDA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **n** |  |  |  |  |  |

**El proponente debe adjuntar a este formulario la documentación de respaldo que permita verificar la ejecución y cumplimiento de los servicios prestados declarados como experiencia específica.**

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

**(Nombre completo del representante legal**

**FORMULARIO N° 5**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR** | **COSTO UNITARIO BS** |
| 1 | ANGIOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL |   |
| 2 | ANGIOTOMOGRAFÍA CEREBRAL / CRANEO |   |
| 3 | ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA (CARDIACA) |   |
| 4 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA ABDOMINAL |   |
| 5 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA TORÁCICA |   |
| 6 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA TORACO ABDOMINAL |   |
| 7 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE AORTA TOTAL |   |
| 8 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE CUELLO Y CRÁNEO (PROTOCOLO ACV) |   |
| 9 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE PELVIS |  |
| 10 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE VASOS SUPRA AÓRTICOS |  |
| 11 | ANGIOTOMOGRAFÍA PERIFÉRICA AMBOS MIEMBROS INFERIORES |  |
| 12 | ANGIOTOMOGRAFÍA PERIFÉRICA AMBOS MIEMBROS SUPERIORES |  |
| 13 | ANGIOTOMOGRAFÍA PULMONAR (PROTOCOLO TEP) |  |
| 14 | ANGIOTOMOGRAFÍA MEDIASTINO |  |
| 15 | ANGIOTOMOGRAFÍA HIGADO Y VIAS BILIARES |  |
| 16 | ANGIOTOMOGRAFÍA DE PROSTATA |  |
| 17 | ANGIOTOMOGRAFIA DE MAMAS (UNI/BILATERAL) |  |
| 18 | ANGIOTOMOGRAFÍA RENAL |  |
| 19 | NAVEGACIÓN VIRTUAL GASTROINTESTINAL CON RECONSTRUCCIÓN 3D |  |
| 20 | TOMOGRAFÍA DE MEDIASTINO |  |
| 21 | TOMOGRAFÍA DE PULMONES CON CONTRASTE |  |
| 22 | TOMOGRAFÍA DE PULMONES SIMPLE |  |
| 23 | TOMOGRAFÍA DE RIÑONES CON CONTRASTE |  |
| 24 | TOMOGRAFÍA DE RIÑONES SIMPLE |  |
| 25 | TOMOGRAFÍA DE SILLA TURCA CON CONTRASTE |  |
| 26 | TOMOGRAFÍA DE SILLA TURCA SIMPLE |  |
| 27 | TOMOGRAFÍA DE PÁNCREAS CON CONTRASTE |  |
| 28 | TOMOGRAFÍA DE PÁNCREAS SIMPLE |  |
| 29 | TOMOGRAFÍA DE PARÓTIDAS CON CONTRASTE |  |
| 30 | TOMOGRAFÍA DE PARÓTIDAS SIMPLE |  |
| 31 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN CON CONTRASTE EV |  |
| 32 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASNTE EV-ORAL |  |
| 33 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASTE ORAL |  |
| 34 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN SUPERIOR SIN CONTRASTE |  |
| 35 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV |  |
| 36 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV-ORAL |  |
| 37 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE ORAL |  |
| 38 | TOMOGRAFÍA ABDOMEN Y PELVIS SIN CONTRASTE |  |
| 39 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL SIN CONTRASTE |  |
| 40 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE EV |  |
| 41 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE EV - ORAL |  |
| 42 | TOMOGRAFÍA ANTEBRAZO CON CONTRASTE EV |  |
| 43 | TOMOGRAFÍA ANTEBRAZO SIN CONTRASTE |  |
| 44 | TOMOGRAFÍA BAZO (HÚMERO) CON CONTRASTE EV |  |
| 45 | TOMOGRAFÍA BAZO (HÚMERO) SIN CONTRASTE |  |
| 46 | TOMOGRAFÍA CODO CON CONTRASTE EV |  |
| 47 | TOMOGRAFÍA CODO SIN CONTRASTE |  |
| 48 | TOMOGRAFÍA COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE EV |  |
| 49 | TOMOGRAFÍA COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE |  |
| 50 | TOMOGRAFÍA COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE EV |  |
| 51 | TOMOGRAFÍA COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE |  |
| 52 | TOMOGRAFIA COLUMNA LUMBAR SIN CONTRASTE |  |
| 53 | TOMOGRAFIA COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE EV |  |
| 54 | TOMOGRAFIA COLUMNA DORSO LUMBAR SIN CONTRASTE |  |
| 55 | TOMOGRAFIA COLUMNA DORSO LUMBAR CON CONTRASTE |  |
| 56 | TOMOGRAFÍA COLUMNA LUMBOSACRA CON CONTRASTE EV |  |
| 57 | TOMOGRAFÍA COLUMNA LUMBOSACRA SIN CONTRASTE |  |
| 58 | TOMOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL SIN CONTRASTE |  |
| 59 | TOMOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL CON CONTRASTE |  |
| 60 | TOMOGRAFÍA CRÁNEO CON CONTRASTE EV |  |
| 61 | TOMOGRAFÍA CRÁNEO SIN CONTRASTE |  |
| 62 | TOMOGRAFÍA CUELLO CON CONTRASTE EV |  |
| 63 | TOMOGRAFÍA CUELLO SIN CONTRASTE |  |
| 64 | TOMOGRAFÍA HOMBRO CON CONTRASTE EV |  |
| 65 | TOMOGRAFÍA HOMBRO SIN CONTRASTE |  |
| 66 | TOMOGRAFÍA MACIZO FACIAL CON CONTRASTE EV |  |
| 67 | TOMOGRAFÍA MACIZO FACIAL SIN CONTRASTE |  |
| 68 | TOMOGRAFÍA MANO CON CONTRASTE EV |  |
| 69 | TOMOGRAFÍA MANO SIN CONTRASTE |  |
| 70 | TOMOGRAFÍA MUÑECA CON CONTRASTE EV |  |
| 71 | TOMOGRAFÍA MUÑECA SIN CONTRASTE |  |
| 72 | TOMOGRAFÍA MUSLO (FÉMUR) CON CONTRASTE EV |  |
| 73 | TOMOGRAFÍA MUSLO (FÉMUR) SIN CONTRASTE |  |
| 74 | TOMOGRAFÍA OÍDOS CON CONTRASTE EV |  |
| 75 | TOMOGRAFÍA OÍDOS SIN CONTRASTE |  |
| 76 | TOMOGRAFÍA ORBITAS CON CONTRASTE EV |  |
| 77 | TOMOGRAFÍA ORBITAS SIN CONTRASTE |  |
| 78 | TOMOGRAFIA DE PARRILA COSTAL SIN CONTRASTE |  |
| 79 | TOMOGRAFIA DE PARRILA COSTAL CON CONTRASTE EV |  |
| 80 | TOMOGRAFÍA PELVIS CON CONTRASTE EV |  |
| 81 | TOMOGRAFÍA PELVIS SIN CONTRASTE |  |
| 82 | TOMOGRAFÍA PERFUSIÓN CEREBRAL CON CONTRASTE |  |
| 83 | TOMOGRAFÍA PIE CON CONTRASTE EV |  |
| 84 | TOMOGRAFÍA PIE SIN CONTRASTE |  |
| 85 | TOMOGRAFÍA PIERNA CON CONTRASTE EV |  |
| 86 | TOMOGRAFÍA PIERNA SIN CONTRASTE |  |
| 87 | TOMOGRAFÍA REGIÓN SELAR CON CONTRASTE EV |  |
| 88 | TOMOGRAFÍA RODILLA CON CONTRASTE EV |  |
| 89 | TOMOGRAFÍA RODILLA SIN CONTRASTE |  |
| 90 | TOMOGRAFÍA ROTULAS AXIALES 3 GRADOS SIN CONTRASTE |  |
| 91 | TOMOGRAFÍA SCORE DE CALCIO (RIESGO CORONARIO) SIN CONTRASTE |  |
| 92 | TOMOGRAFÍA SENOS PARANASALES CON CONTRASTE EV |  |
| 93 | TOMOGRAFÍA SENOS PARANASALES SIN CONTRASTE |  |
| 94 | TOMOGRAFÍA TOBILLO CON CONTRASTE EV |  |
| 95 | TOMOGRAFÍA TOBILLO SIN CONTRASTE |  |
| 96 | TOMOGRAFÍA TÓRAX CON CONTRASTE EV |  |
| 97 | TOMOGRAFÍA TÓRAX DE ALTA RESOLUCIÓN SIN CONTRASTE |  |
| 98 | TOMOGRAFÍA TÓRAX SIN CONTRASTE |  |
| 99 | TOMOGRAFÍA TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV |  |
| 100 | TOMOGRAFÍA TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE ORAL |  |
| 101 | TOMOGRAFÍA TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE SIN CONTRASTE |  |
| 102 | TOMOGRAFÍA TRIFÁSICA DE HÍGADO CON CONTRASTE |  |
| 103 | TOMOGRAFÍA TRIFÁSICA DE PÁNCREAS CON CONTRASTE |  |
| 104 | TOMOGRAFIA DE RIÑONES SIN CONTRASTE |  |
| 105 | TOMOGRAFIA DE RIÑONES CON CONTRASTE EV |  |
| 106 | TOMOTRAFIA UROLOGICA SIN CONTRASTE (UROTAC) |  |
| 107 | TOMOGRAFÍA UROLÓGICA CON CONTRASTE EV (UROTAC) |  |
| 108 | PUNCION GUIADA POR TOMOGRAFIA (INCLUYE AGUJA) |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

* **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**MODELO**

**CONTRATO DE CONTRATACION DE SERVICIOS**

**CITE: ASES. LEG. REG. N° \_\_\_/2023**

Conste por el presente documento privado un Contrato de **Prestación de SERVICIOS DE TOMOGRAFIA por EVENTO** con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP,** que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA. (PARTES).**

Son Partes del presente Contrato:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**, representada legalmente en la Regional Santa Cruz, por el **Lic. Doenitz Bismark Sultzer Claure**, con CI No. 3891998 SC, **Administrador Regional** y el **Dr. Miguel Raúl Cardona Cuéllar,** con CI No. 3187849 SC, **Jefe Médico Interino**, según Poder No. 2422/2022, de 06 de diciembre de 2022, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 093, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo del Abg. Marcelo Javier Tórres Mallea, que en adelante se denominará la **CSBP**.
	2. La empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita en el Registro de Comercio administrado por SEPREC, bajo la Matricula N° \_\_\_\_\_\_, con NIT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, representada legalmente por el señor **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con CI Nº \_\_\_\_\_\_ \_\_, en mérito al Poder Especial N° \_\_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública N° \_\_, del Distrito Judicial de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en adelante se denominará la **CONTRATADA.**
	3. A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como Partes y de manera individual como Parte.

**SEGUNDA. (ANTECEDENTES).**

2.1. En cumplimiento del Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, se ha llevado a cabo el proceso bajo la modalidad de Contrato Marco N° \_\_\_/2023 de prestación de **Servicios de Tomografía por Evento** para la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP.**

2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2023, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación N° SC-COM.CAL-I-\_\_\_-23.

2.3. Mediante Formulario de Aprobación de Gasto, el Administrador Regional a.i. y el Jefe Médico Regional, han otorgado su No Objeción del Gasto y Aprobación del Proceso, a consecuencia de lo que se ha remitido a la **CONTRATADA** la Nota de Adjudicación CITE: SC-BS-NOT-\_\_\_-2023, de \_\_ de \_\_\_ de 2023.

2.4. En atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023, registrada mediante Hoja de Ruta No. \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

El objeto del presente Contrato es establecer los términos y condiciones a que se sujetará la contratación del **SERVICIO DE TOMOGRAFIA por Evento** con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP**, en adelante el “Servicio”, de acuerdo a las condiciones establecidas en las siguientes cláusulas.

**CUARTA. (CONDICIONES DEL SERVICIO).**

La **CONTRATADA** se compromete a prestar el Servicio de acuerdo a los requerimientos y condiciones debidamente detallados en el Pliego Específico de Condiciones del proceso de contratación Contrato Marco No. \_\_\_/2023 y su propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

**QUINTA. (PRECIO Y FORMA DE PAGO).**

El precio unitario propuesto y aceptado por las Partes para la prestación del Servicio**, por Evento**, se detalla en el siguiente cuadro:

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTUDIO** | **PRECIO Bs** |
|  |  |
|  |  |

La **CSBP** realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar (hasta cada 20 del mes posterior a la atención realizada) una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, Órdenes de Servicio más los resultados y cuadro resumen de estudios realizados durante el mes, mismo que deberá contener la siguiente información.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº**  | **ASEGURADO** | **ESTUDIO REALIZADO** | **MEDICO QUE SOLICITO** | **FECHA DE REALIZACION** | **Nº DE ORDEN MEDICA** **EMITIDA DEL SAMI** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (2) AÑOS,** plazo que se computará a partir del **\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2023** hasta el **\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025**, no existiendo tácita reconducción. Las Partes, previo acuerdo y en atención a los antecedentes de la prestación del Servicio, podrán renovar el presente Contrato.

**SEPTIMA. (COORDINACION).**

La **CONTRATADA**, a través de su representante legal, se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la prestación del Servicio y la ejecución del presente Contrato.Para el efecto, se realizarán las reuniones de coordinación que se consideren convenientes a criterio de la **CSBP**, en la que participarán además de los representantes legales de la **CONTRATADA** y de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente. La **CSBP** se reserva el derecho de acreditar a la persona responsable de ejercer la supervisión del Servicio.

**OCTAVA. (RESPONSABILIDADES).**

8.1. La **CSBP** contrata los servicios de la **CONTRATADA** en atención a sus antecedentes de calidad de servicio, responsabilidad profesional, prestigio reconocido, experiencia y capacidad instalada, por lo que la **CONTRATADA** se compromete al cumplimiento del objeto del presente Contrato en óptimas condiciones de garantía y eficiencia y de acuerdo a sus reglamentos, cumpliendo con todas las condiciones de bioseguridad exigidas en normas previstas para el efecto y para el adecuado y oportuno cumplimiento del Servicio contratado, no pudiendo transferir o subrogar a terceros las obligaciones asumidas.

8.2. La **CONTRATADA** es responsable por cualquier error, omisión o mala atención que preste a los asegurados y/o beneficiarios de la **CSBP**, quienes serán atendidos conforme a procedimientos determinados, por lo que además de las sanciones previstas en el presente Contrato, asumirá la total responsabilidad de las consecuencias que estos hechos generen a la **CSBP** o a su población asegurada.

8.3. La **CONTRATADA**, además, está en la obligación de cumplir con lo previsto en la Resolución Ministerial, del Ministerio de Salud, No. 090, de 26 de febrero de 2008, que aprueba la NORMA TECNICA PARA EL EXPEDIENTE CLINICO y BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS) y otras normas del PRONACS.

8.4. La **CONTRATADA** se compromete, además, a mantener todos sus registros profesionales y de funcionamiento debidamente actualizados, obligándose a comunicar con la antelación necesaria a la **CSBP**, en caso que no pudiera revalidar alguno de ellos o se viera legal o administrativamente impedida de seguir prestando el Servicio.

**NOVENA. (MULTAS).**

La **CSBP** ante el incumplimiento de la **CONTRATADA** respecto de las obligaciones asumidas en este Contrato, aplicará una multa equivalente al tres por ciento (3%) del importe mensual a cancelar. Esta multa será deducida del pago mensual correspondiente.

**DECIMA. RESOLUCION.**

10.1. El presente Contrato podrá ser resuelto de **manera unilateral sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza**, en caso que la **CSBP** identifique errores o falencias en la prestación del Servicio contratado.

10.2. Esta resolución procederá cuando la **CONTRATADA** producto del incumplimiento de sus obligaciones, hubiese sido sancionada con la multa prevista en la cláusula precedente en **tres (3)** oportunidades. Para tal efecto, la **CSBP** comunicará a la **CONTRATADA**, en forma escrita, la determinación asumida.

10.3. Sin embargo, la resolución procederá de manera inmediata, también de manera **unilateral** y sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza ni de sancionar con multa en tres oportunidades, cuando la **CSBP**,a través de sus instancias competentes, determine que los errores y/o falencias son demasiado graves, no pudiendo éstos ser subsanados o enmendados por la **CONTRATADA**.

10.4. Por otra parte, al tratarse de prestaciones de salud, de las cuales el asegurado y beneficiarios no pueden quedar descubiertos, si la **CONTRATADA** determinase unilateralmente la resolución del Contrato, por incumplimiento de la **CSBP** a las obligaciones asumidas, deberá comunicarle esta decisión en forma escrita y con sesenta (60) días de anticipación a que dicha resolución entre en vigencia.

10.5. Asimismo, la **CSBP**, por así convenir a sus intereses, podrá decidir unilateralmente la resolución del presente Contrato, sin lugar a resarcimiento de daños, debiendo comunicar esta decisión a la **CONTRATADA** en forma escrita y con al menos sesenta (60) días de anticipación a que dicha resolución entre en vigencia.

10.6. La resolución del Contrato será aplicada sin perjuicio de exigir a la Parte responsable el resarcimiento de los daños causados y la atribución de las responsabilidades que por ley correspondan.

**DECIMO PRIMERA. (IMPOSIBILIDAD SOBREVINIENTE POR CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO).**

La **CSBP** ni la **CONTRATADA** serán responsables por el incumplimiento de sus obligaciones respectivas, en caso de eventos conceptuados como fortuitos o fuerza mayor. 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: incendio, inundaciones y otros desastres naturales). Se refuta como 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.). Cualquier suspensión de la ejecución en estos casos, será limitada al periodo en que la causa o sus consecuencias existieren. Si la imposibilidad resultante permaneciera por más de treinta (30) días, cualquiera de las Partes podrá optar por la resolución del Contrato, quedando en este caso obligadas las Partes al cumplimiento de las obligaciones recíprocamente debidas hasta la fecha del comienzo de dicha imposibilidad.

**DECIMO SEGUNDA. (RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD).**

La **CONTRATADA** por sí, y sus dependientes, en general, se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre las historias clínicas y cualquier otra información de los asegurados y beneficiarios de la **CSBP**, a la que tenga acceso por razón de la prestación del Servicio. En consecuencia, la **CONTRATADA** se compromete a trasmitir dicha información única y exclusivamente a la **CSBP**, no pudiendo develar la misma a terceras personas bajo ningún concepto.

**DECIMO TERCERA. (DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO).**

Forman parte del presente Contrato: El Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, las Especificaciones Técnicas del proceso de contratación que da lugar a la suscripción del presente Contrato y la propuesta presentada por la **CONTRATADA**.

**DECIMO CUARTA. (DE LA NATURALEZA DE LA RELACION CONTRACTUAL).**

El presente Contrato es de naturaleza civil, convenido dentro del marco previsto por el Art. 732 y siguientes del Código Civil Boliviano, no existiendo por tanto relación laboral alguna entre las Partes. Se deja claramente establecido que, a objeto de garantizar la debida prestación del Servicio, la **CONTRATADA** debe dar cumplimiento atodas las obligaciones socio-laborales y de bioseguridad con su personal, a su propio costo.

**DECIMO QUINTA. (DOMICILIO).**

Las Partes, para todas las incidencias del presente Contrato, constituyen como domicilio especial, a efecto de su notificación:

* **CSBP** - Calle Eucaliptos s/n entre Calle Palmeras y Condominio Britania, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.
* **CONTRATADA** - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

**DECIMO SEXTA. (RESPONSABILIDAD ANTE EL SEDES).**

En cumplimiento al Instructivo CITE: ON-GG-S-007-14, de 17 de septiembre de 2014, la **CONTRATADA** ha presentado fotocopia de la Resolución Administrativa del SEDES CCEO/A.L. No. \_\_\_/20\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, por la que se renovó por el lapso de un (01) año su autorización de funcionamiento, estando a la fecha vencida, por lo que también ha presentado copia del memorial de solicitud de renovación de habilitación; por lo que se compromete a obtenerla a la brevedad posible y mantenerla vigente durante toda la vigencia del presente Contrato. En caso de no hacerlo y acontecer cualquier contingencia relacionada con aspectos certificados por el SEDES, las Partes acuerdan que la **CONTRATADA** asumirá íntegramente las responsabilidades y consecuencias que pudieran emerger al respecto, tanto frente a la **CSBP** como frente a terceros.

**DECIMO SEPTIMA. (ACEPTACION).**

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente contrato en tres (3) ejemplares de un mismo tenor y valor legal en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil veintitrés.

|  |  |
| --- | --- |
| **DR. MIGUEL R. CARDONA CUELLAR****JEFE MEDICO REGIONAL a.i.** | **LIC. DOENITZ B. SULTZER CLAURE****ADMINISTRADOR REGIONAL** |

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

**CONTRATADA**