

### PLIEGO DE CONDICIONES

**INVITACION PUBLICA**

### SC-IP-02-2023

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“SERVICIO MEDICOS YAPACANI”** |

 **Santa Cruz, agosto de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****INVITACION PUBLICA SC-IP-02-2023****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Santa Cruz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **“SERVICIOS MEDICOS YAPACANI”** |
| Tipo de Convocatoria: Invitación Pública |
| Forma de adjudicación: Por Paquete de Servicios |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Menor Precio |
| Encargados de atender consultas: Lic. Genni Hiza R. Lic. Wendy Oropeza R. |
| Correo electrónico: genni.hiza@csbp.com.bo wendy.oropeza@csbp.com.bo |
| Teléfono: 3427676 int. 3428 |

**INVITACIÓN PÚBLICA SERVICIOS MEDICOS YAPACANI – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 14/08/23 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:18/08/23 | HastaHrs. 16:00 | Dirigidas a:wendy.oropeza@csbp.com.bo genni.hiza@csbp.com.bo |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:22/08/23 | 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: 30/08/23 | Hasta:Hrs.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)  |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta:30/08/23 | Hasta:Hrs.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) – Sala de Reuniones  |
| 7 | Resultado Del Proceso | 21/09/23 | 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 011/2022 del 23 de febrero de 2022, 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. Jhemis Molina Gerente Médico a.i. * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

Lic. Joaquín López Gerente General Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero Dr. Jhemis Molina Gerente Médico a.i. |
| 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.**
* **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento o Póliza de Garantía a Primer Requerimiento ,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el importe de Bs **925,00,** con validez de **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.

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:* 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*** Formulario **N° 3 A)** de Especificaciones Técnicas Consulta Externa, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
* Formulario **N° 3 B)** de Especificaciones Técnicas Consulta Odontológica por evento, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
* Formulario **N° 3 C)** de Especificaciones Técnicas Servicios en Centro Hospitalario por evento, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA** * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 4 A)** Propuesta Económica Consulta Externa, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
* La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 4 B)** Propuesta Económica Consulta Odontológica por evento, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
* La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 4 C)** Propuesta Económica Servicios en Centro Hospitalario por evento, 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.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-IP-002/2023****“SERVICIOS MEDICOS YAPACANI”*****PRIMERA* CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 14:15 del día 30** **de Agosto de 2023**Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o complementaciones a la misma. Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación. Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de 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 o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.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.
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.

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. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | **EVALUACIÓN:** La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO.Es la metodología de evaluación que tiene como objetivo adjudicar la o las propuestas con el menor precio, siempre que cumpla con todos los requisitos establecidos; procediéndose de la siguiente manera:Una vez recibidas y aperturadas las propuestas, se ordenarán las mismas en función del monto de la oferta económica, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor precio, el segundo lugar la propuesta con el segundo menor precio y así sucesivamente. |
| 1. **EVALUACIÓN TECNICA**
 | Se califica la propuesta con el MENOR PRECIO, procediendo a evaluar su documentación legal, administrativa y propuesta técnica bajo el método CUMPLE / NO CUMPLE. Si esta propuesta CUMPLE con todos los requisitos establecidos, se procede a la elaboración del informe recomendando su adjudicación, de lo contrario, se evalúa con el mismo procedimiento a la oferta con el segundo menor precio y así sucesivamente. |
| 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 (si corresponde) s que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia.
5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda.
6. Detalle de inhabilitación de propuestas, ítems o lotes, 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. **GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**
 | Tiene por objeto garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato. En los servicios de provisión continua o monto fijo, se efectuará la retención del 7% del monto mensual consumido como Garantía de Cumplimiento del servicio, de tal manera que al cumplimiento de la vigencia del mismo y habiendo cumplido con todo el objeto del contrato se procederá a su devolución, previo informe de conformidad de la unidad solicitante.Esta garantía será devuelta, cumplido el plazo de validez de la misma (360 días calendario), existiendo conformidad de la Unidad Solicitante.La CSBP ejecutará esta garantía por incumplimiento de las cláusulas específicamente pactadas en el contrato o cuando el proveedor no cumpla con la renovación en el plazo señalado por la CSBP. |
| 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 ejecutará la garantía de seriedad de propuesta. Si se utilizó el sistema COSTO MENOR, se adjudicará a la propuesta que haya ofertado el segundo menor costo siempre y cuando cumpla con lo requerido.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 porde **SERVICIOS MEDICOS EN YAPACANI** 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**1. CONSULTA EXTERNA POR PAQUETE:
	1. El asegurado de la C.S.B.P., que requiera consulta médica en las especialidades de Medicina General, ginecología o pediátrica en la localidad de Yapacaní, deberá ser atendido previa presentación del carnet de asegurado, mismo que deberá encontrase vigente al momento de la atención; quedando bajo la responsabilidad del Centro médico mientras dure el procedimiento.
	2. El proponente adjudicado mensualmente deberá enviar a la CSBP un informe Médico sobre cada uno de los asegurados a los cuales se les presto el servicio con las respectivas historias clínicas en SAMI, observaciones y recomendaciones.
2. CONSULTA ODONTOLOGICA POR EVENTO:
	1. El asegurado de la C.S.B.P., que requiera consulta médica en las especialidades de odontología en la localidad de Yapacaní, deberá ser atendido previa presentación del carnet de asegurado, mismo que deberá encontrase vigente al momento de la atención; quedando bajo la responsabilidad del Centro médico mientras dure el procedimiento.
	2. El proponente adjudicado mensualmente deberá enviar a la CSBP un informe Médico sobre cada uno de los asegurados a los cuales se les presto el servicio con las respectivas historias clínicas en SAMI, observaciones y recomendaciones.
3. SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA Y HOSPITALARIOS POR EVENTO
	1. El asegurado de la C.S.B.P., que requiera Servicios Médicos y Hospitalarios en la localidad de Yapacaní, deberá ser atendido previa presentación del carnet de asegurado, mismo que deberá encontrase vigente al momento de la atención; quedando bajo la responsabilidad del Centro médico mientras dure el procedimiento.
	2. El proponente adjudicado mensualmente deberá enviar a la CSBP un informe Médico sobre cada uno de los asegurados a los cuales se les presto el servicio con las respectivas historias clínicas, observaciones y recomendaciones.

**PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO**El contrato tendrá una vigencia de DOS AÑOS, renovables previo acuerdo entre partes.**FORMA DE PAGO**1. CONSULTA EXTERNA POR PAQUETE:

La CSBP realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual el Proveedor deberá presentar (hasta cada 20 del mes) en Oficinas Administrativas – Contabilidad, una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura y cuadro resumen de los pacientes atendidos durante el mes.1. CONSULTA ODONTOLOGICA POR EVENTO:

La CSBP realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual el Proveedor deberá presentar (hasta cada 20 del mes) en Oficinas Administrativas – Contabilidad, una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura y cuadro resumen de los pacientes atendidos durante el mes.1. SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA Y HOSPITALARIOS POR EVENTO

La CSBP realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual el Proveedor deberá presentar (hasta cada 20 del mes) en Oficinas Administrativas – Contabilidad, una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, orden de servicio del médico tratante de la CSBP, más informe final del profesional a cargo de cada caso, exponiendo estado en el que se da de alta o en el que se encuentran y cuadro resumen de los pacientes atendidos durante el mes indicando días de internación (si correspondiese)**REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**1. **CONSULTA EXTERNA**

**I REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| **A.1** | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Médico, proporcionando a la CSBP, la Infraestructura, recursos humanos, servicios, materiales, tecnología. |
| **A.2** | El Centro Médico en el cual se realizarán los procedimientos deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad.**  |
| **A.3** | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la atención realizada de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **DETALLE DEL SERVICIO**  |
| **B.1** | Servicio de Consulta externa **por paquete** en las especialidades de Medicina General, Pediatría y Ginecología bajo las siguientes condiciones:Atención de lunes a viernes teniendo un límite de 24 pacientes por día (considerando las 3 especialidades requeridas) |
| **C** | **COMPROMISOS A ASUMIR** |
| **C.1** | **CONFIDENCIALIDAD**El proponente se comprometerá: A la **CONFIDENCIALIDAD** – Tanto el proveedor de los servicios como sus dependientes en general se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre historias clínicas y cualquier información, de los asegurados y beneficiarios de la Caja, a la que tenga acceso por razón de su actuación. |
| **C.2** | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente se comprometerá: **A GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO** – El proveedor del servicio si por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en máquinas, epidemias, 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. |
| **C.3** | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**El proponente se comprometerá: De contar con **EQUIPO (S) DE COMPUTACIÓN** con acceso a internet, apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| **D** | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| **D.1** | Los informes mensuales deberán ser entregados durante los 5 primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio, en Archivos de la CSBP. |
| **E** | **AUTORIZACION SEDES** |
| **E.1** | Autorización de funcionamiento emitida por el SEDES o certificación que se encuentre en trámite (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **F** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN CENTRO HOSPITALARIO**  |
|  | 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) |
| **F.1** | Profesionales Médicos Especialistas en:* Medicina General
* Ginecología y obstetricia
* Pediatría

que deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Certificado de Especialista (Cuando corresponda)
 |
| **F.2** | Licenciadas y auxiliares de enfermería que deberán contar con:* Título en Provisión Nacional
 |
| **G** | **EQUIPAMIENTO** |
| **G.1** | Equipamiento de apoyo:* Equipo de reanimación
* Equipos biométricos básicos
* Oxígeno y su medio de administración
* Aspirador portátil
* Material descartable: Barbijos, guantes, jeringas, gasas, etc.
 |
| **H.** | **INFRAESTRUCTURA** |
| **H.1** | Área de consulta externa  |
|  | * CONSULTORIOS CON EQUIPAMIENTO COMPLETO PARA ATENCION
 |
| **H.2** | Área de servicios auxiliares de diagnóstico  |
| **H.3** | Área de Apoyo Técnico * Sala de espera
* Baños
* Área de administración
* Depósito de materiales
 |

1. **CONSULTA ODONTOLÓGICA POR EVENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 procedimientos deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad.**  |
| A.3 | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la atención realizada de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **DETALLE DEL SERVICIO**  |
| B.1 | Emergencias endodónticas niños y adultos (extirpación paquete vasculo nervioso, des obturación de conducto, drenaje de absceso) |
| B.2 | Tratamiento de caries con Resinas niños y adultos Simples y compuestas  |
| B.3 | Extracciones Dentarias Simples Niños y adultos  |
| B.4 | Aplicación de cariostatico  |
| B.5 | Atención de emergencias  |
| B.6 | Radiografías peri Apicales |
| **C** | **COMPROMISOS A ASUMIR** |
| C.1 | **CONFIDENCIALIDAD**El proponente tanto como sus dependientes en general se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre historias clínicas y cualquier información, de los asegurados y beneficiarios de la Caja, a la que tenga acceso por razón de su actuación. |
| C.2 | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente debe establecer compromiso que si por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en máquinas, epidemias, 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. |
| C.3 | **HORARIOS DE ATENCION**De lunes a viernes (1 a 2 pacientes por día) |
| D | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| D.1 | Los Informes mensuales deberán ser entregados durante los cinco primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio. |
| **E** | **AUTORIZACION SEDES** |
| **E.1** | El Centro deberá contar con la Autorización de funcionamiento emitida por el SEDES o tramite en proceso (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **F** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA** |
|  | El proponente deberá detallar la cantidad de personal con la que se prestará el servicio, en el caso de profesionales, los mismos deberán estar registrados en el colegio profesional que corresponde. (Adjuntar hoja de vida) |
| F.1 | (Un) Profesional Médico ODONTOLOGO y/o con sub especialidad en ENDODONCIA que deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Certificado de Especialista
 |
| **F.2** | **Personal Administrativo:*** Recepcionista
 |
| **G** | **EQUIPAMIENTO** |
| G.1 | El Proponente deberá especificar claramente el o los Equipos con los cuales prestará el servicio, detallando:* Tipo de equipo – Tecnología (Origen, marca)
 |
| **G.1.1** |  (UN) equipo dental completo |
| **G.1.2** | (Un) Equipo de radiología |
| **G.2** | El proponente deberá contar con equipo de computación apto para la habilitación de sistema SAMI |
| **H** | **UBICACIÓN DEL SERVICIO** |
| H.1 | Especificar si cuenta con Señalética Interna y externa |
| H.2 | Especificar si cuenta con Teléfono, exponer números. |
| **I** | **INFRAESTRUCTURA** |
| I.1 | Área Técnica  |
|  | (un) consultorio apto para atención dental |
| I.2 | Área de Apoyo Técnico * Sala de espera
* Baños
 |

1. **SERVICIOS EN CENTRO HOSPITALARIO POR EVENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| **A.1** | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Médico, proporcionando a la CSBP, la Infraestructura, recursos humanos, servicios, materiales, tecnología, otros aspectos técnicos hotelería y alimentación si así fuera necesario en caso de hospitalización. |
| **A.2** | El Centro Médico en el cual se realizarán los procedimientos deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad.**  |
| **A.3** | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la atención realizada de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **DETALLE DEL SERVICIO**  |
|  | Atención de Emergencia: Servicio de 24 horas, incluyendo todas las consultas que se encuentren fuera del horario de consulta externa en horarios nocturnos, días feriados, paros cívicos, etc. En caso de requerir seguimiento por subespecialidades, se debe derivar al paciente a la Clínica CSBP Santa Cruz. |
|  | 1. Medicina General
2. Pediatría
3. Ginecología y obstetricia
4. Traumatología
 |
|  | CURACIONES1. Pequeñas
2. Medianas
3. Grandes
4. Extragrande
 |
|  | INYECTABLES1. IM Sin jeringa
2. EV Sin jeringa
 |
|  | NEBULIZACION1. Nebulización con Berotec
2. Nebulización con Atrovent
 |
|  | SUTURAS1. De 1 a 5 puntos (honorarios incluidos en consulta)
2. De 5 a 10 puntos
3. Mas de 10 puntos
 |
|  | OTROS1. Uso de material
2. Postura de sueros
3. Servicio de ambulancia a Santa Cruz
 |
|  | La cobertura de medicamentos se otorgará únicamente en casos de emergencia (riesgo vital).Para el resto de la medicación se otorgará un botiquín para dispensación.Para el pago de medicamentos, el mismo será verificado y validado por Regencia de farmacia para el pago correspondiente, siempre que cumplan con los protocolos establecidos y especificaciones técnicas del presente proceso de contratación.  |
|  | INTERNACIONESServicio de Internación: infraestructura, recursos humanos, servicios, materiales. Comprende: Hotelería (habitación), alimentación (desayuno, almuerzo, merienda y cena) Emergencias – No patologías prolongadas. La internación debe realizarse según protocolos: tanto en tiempos como en tratamientos; si la atención requiriese un tratamiento prolongado y/o quirúrgico mayor; se referirá al paciente a la Clínica - CSBP – Santa Cruz |
|  | 1. Derecho de internación
2. Sala de internación pensionado
3. Tratamiento médico por día
4. Luminoterapia sala neonatal
5. Luminoterapia
6. Uso de incubadora
 |
|  | INTERNACION SALA DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS1. Sala de Terapia Intensiva con respirador
2. Sala de Terapia Intensiva sin respirador
3. Tubo de oxígeno por día
4. Tratamiento médico
5. recuperación postoperatoria
 |
|  | YESOS1. Yeso menor
2. Yeso mediano
3. Yeso Mayor
4. retiro de yeso
 |
|  | ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIOS (solo pacientes hospitalizados y emergencias)1. Tomografía de cráneo
2. Tomografía de tórax, Abdomen, etc.
3. Rayos x
4. Ecografía
5. Electrocardiograma
 |
|  | CIRUGIA OBSTETRICA (CESAREA) 2 DIAS1. Derecho de internación
2. Sala de internación
3. Quirófano
4. A.R.N.
5. Cirujano
6. Anestesista
7. Ayudante
8. Pediatra
9. Instrumentación
 |
|  | PARTO NORMAL (1 DIA)1. Derecho de internación
2. Sala de internación
3. Sala de parto
4. A.R.N
5. Ginecólogo Obstetra
6. Pediatría
 |
|  | LEGRADO UTERINO (ambulatorio)1. Sala de legrado
2. Ginecólogo
3. Anestesiólogo
 |
|  | CIRUGIA MEDIANA (2 DIAS)1. Derecho de internación
2. Sala de internación
3. Quirófano
4. Cirujano
5. Anestesista
6. Ayudante
7. Instrumentación
 |
|  | DETALLE DE SERVICIOS DE LABORATORIO1. HEMOGRAMA
2. HEMOGLOBINA
3. HEMATOCRITO
4. ERITROSEDIMENTACIÓN
5. GRUPO SANGUINEO
6. COOMBS INDIRECTO
7. COOMBS DIRECTO
8. TEST PACK
9. T.COAGULACIÓN Y SANGRIA
10. T.DE PROTOMBINA
11. RECUENTO DE PLAQUETAS
12. FIBRINOGENO
13. ORINA
14. TEST DE EMBARAZO GRAVINDEX
15. PH
16. PARASITOLOGICO SIMPLE
17. MOCO FECAL
18. REACCION DE WIDAL
19. REACCION DE WEIL FELIX
20. CHAGAS HAI
21. TOXO HAI
22. TOXOPLASMOSIS ELISA IgG - IgM
23. RUBEOLA IgG - IgM
24. TEST PARA HEPATITIS A
25. TEST PARA HEPATITIS B
26. TEST PARA HEPATITIS C
27. GLUCOSA
28. UREA
29. CREATININA
30. ACIDO URICO
31. BILIRRUBINA
32. TRANSAMINASAS GOT
33. TRANSAMINASAS GPT
34. FOSFATASA ALCALINA
35. DESHIDROGENASA LACTICA
36. AMILASA
37. PROTEINAS TOTALES
38. ALBUMINAS
39. GLOBULINAS
40. CALCIO
41. SODIO POTASIO Y CLORO
42. GAMA GLUTAMIL TRASFERASA
43. CREATIN FOSFO-KINASA CPK
44. CPK MB
45. GASOMETRIA ALTERIAL
46. TROPONINA T
 |
| **C** | **COMPROMISOS A ASUMIR** |
| **C.1** | **CONFIDENCIALIDAD**El proponente se comprometerá: A la **CONFIDENCIALIDAD** – Tanto el proveedor de los servicios como sus dependientes en general se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre historias clínicas y cualquier información, de los asegurados y beneficiarios de la Caja, a la que tenga acceso por razón de su actuación. |
| **C.2** | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente se comprometerá: A **GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVCIO** – El proveedor del servicio si por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en máquinas, epidemias, 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. |
| **C.3** | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**El proponente se comprometerá: De contar con un **EQUIPO DE COMPUTACIÓN** con acceso a internet, apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| **D** | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| **D.1** | Los informes mensuales deberán ser entregados durante los cinco primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio, en Archivos de la CSBP.  |
| **E** | Autorización de funcionamiento emitida por el SEDES o certificación que se encuentre en trámite (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **F** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN CENTRO HOSPITALARIO**  |
|  | 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). |
| **F.1** | Profesionales Médicos Especialistas en:(Un) Médico Internista(Un) Medico Ginecólogo y obstetra(Un) Medico Pediatría(Un médico Traumatólogo(Un) Médico Cirujano que deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Certificado de Especialista
 |
| **F.2** |  (UNA) Licenciadas en enfermería (Dos) Auxiliares en enfermería que deberán contar con:* Título en Provisión Nacional
 |
| **F.3** | Personal Administrativo:* Administrativos
* Encargado de Mantenimiento
* Recepcionista
* Seguridad
* Limpieza
 |
| **G** | **INFRAESTRUCTURA** |
| **G.1** | Área de Emergencia |
| **G.2** | Área de internación y quirófanos  |
|  | (Dos) Piezas con baño privado |
|  | (Un) Quirófano |
| **G.3** | Área de internación Terapia Intensiva |
|  | (Un) Área de Terapia intensiva |
| **G.4** | Área de Apoyo Técnico * Sala de espera
* Baños
* Área de administración
* Depósito de materiales
 |

 |

**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 A)** | PROPUESTA TECNICA CONSULTA EXTERNA |
| **FORMULARIO 3 B)** | PROPUESTA TECNICA CONSULTA ODONTOLOGICA POR EVENTO |
| **FORMULARIO 3 C)** | PROPUESTA TECNICA SERVICIOS EN CENTRO HOSPITALARIO POR EVENTO |
| **FORMULARIO 4 A)** | PROPUESTA ECONOMICA CONSULTA EXTERNA |
| **FORMULARIO 4 B)** | PROPUESTA ECONOMICA CONSULTA ODONTOLOGICA POR EVENTO |
| **FORMULARIO 4 C)** | PROPUESTA ECONOMICA SERVICIOS EN CENTRO HOSPITALARIO POR EVENTO |

**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.: SC-IP-002-2023 “Servicios Médicos Yapacani”**

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

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

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

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

 \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución 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 A**

**PROPUESTA TÉCNICA**

* + - 1. **CONSULTA EXTERNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PROPUESTA** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| **A.1** | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Médico, proporcionando a la CSBP, la Infraestructura, recursos humanos, servicios, materiales, tecnología. |
| **A.2** | El Centro Médico en el cual se realizarán los procedimientos deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad.**  |
| **A.3** | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la atención realizada de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **DETALLE DEL SERVICIO**  |
| **B.1** | Servicio de Consulta externa **por paquete** en las especialidades de Medicina General, Pediatría y Ginecología bajo las siguientes condiciones:Atención de lunes a viernes teniendo un límite de 24 pacientes por día (considerando las 3 especialidades requeridas) |
| **C** | **COMPROMISOS A ASUMIR** |
| **C.1** | **CONFIDENCIALIDAD**El proponente se comprometerá: A la **CONFIDENCIALIDAD** – Tanto el proveedor de los servicios como sus dependientes en general se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre historias clínicas y cualquier información, de los asegurados y beneficiarios de la Caja, a la que tenga acceso por razón de su actuación. |
| **C.2** | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente se comprometerá: A **GARANTIZAR DE CONTINUIDAD DEL SERVICIO** – El proveedor del servicio si por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en máquinas, epidemias, 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. |
| **C.3** | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**El proponente se comprometerá: De contar con **EQUIPO (S) DE COMPUTACIÓN** con acceso a internet, apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| **D** | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| **D.1** | Los informes mensuales deberán ser entregados durante los 5 primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio, en Archivos de la CSBP. |
| **E** | **AUTORIZACION SEDES** |
| **E.1** | Autorización de funcionamiento emitida por el SEDES o certificación que se encuentre en trámite (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **F** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN CENTRO HOSPITALARIO**  |
|  | 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) |
| **F.1** | Profesionales Médicos Especialistas en:* Medicina General
* Ginecología y obstetricia
* Pediatría

que deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Certificado de Especialista (Cuando corresponda)
 |
| **F.2** | Licenciadas y auxiliares de enfermería que deberán contar con:* Título en Provisión Nacional
 |
| **G** | **EQUIPAMIENTO** |
| **G.1** | Equipamiento de apoyo:* Equipo de reanimación
* Equipos biomédicos básicos
* Oxígeno y su medio de administración
* Aspirador portátil
* Material descartable: Barbijos, guantes, jeringas, gasas, etc.
 |
| **H.** | **INFRAESTRUCTURA** |
| **H.1** | Área de consulta externa  |
|  | * CONSULTORIOS CON EQUIPAMIENTO COMPLETO PARA ATENCION
 |
| **H.2** | Área de servicios auxiliares de diagnóstico  |
| **H.3** | Área de Apoyo Técnico (Especificar ambientes recepción, sala de espera, baño, etc)* Sala de espera
* Baños
* Área de administración
* Depósito de materiales
 |

 |  |

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

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N°3 B**

**PROPUESTA TÉCNICA**

* + - 1. **CONSULTA ODONTOLÓGICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PROPUESTA** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **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 procedimientos deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad.**  |
| A.3 | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la atención realizada de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **DETALLE DEL SERVICIO**  |
| B.1 | Emergencias endodónticas niños y adultos (extirpación paquete vasculo nervioso, des obturación de conducto, drenaje de absceso) |
| B.2 | Tratamiento de caries con Resinas niños y adultos Simples y compuestas  |
| B.3 | Extracciones Dentarias Simples Niños y adultos  |
| B.4 | Aplicación de cariostatico  |
| B.5 | Atención de emergencias  |
| B.6 | Radiografías peri Apicales |
| **C** | **COMPROMISOS A ASUMIR** |
| C.1 | **CONFIDENCIALIDAD**El proponente tanto como sus dependientes en general se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre historias clínicas y cualquier información, de los asegurados y beneficiarios de la Caja, a la que tenga acceso por razón de su actuación. |
| C.2 | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente debe establecer compromiso que si por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en máquinas, epidemias, 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. |
| C.3 | **HORARIOS DE ATENCION**De lunes a viernes (1 a 2 pacientes por día) |
| D | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| D.1 | Los Informes mensuales deberán ser entregados durante los cinco primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio. |
| **E** | **AUTORIZACION SEDES** |
| **E.1** | El Centro deberá contar con la Autorización de funcionamiento emitida por el SEDES o tramite en proceso (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **F** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA** |
|  | El proponente deberá detallar la cantidad de personal con la que se prestará el servicio, en el caso de profesionales, los mismos deberán estar registrados en el colegio profesional que corresponde. (Adjuntar hoja de vida) |
| F.1 | (Un) Profesional Médico ODONTOLOGO y/o con sub especialidad en ENDODONCIA que deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Certificado de Especialista
 |
| **F.2** | **Personal Administrativo:*** Recepcionista
 |
| **G** | **EQUIPAMIENTO** |
| G.1 | El Proponente deberá especificar claramente el o los Equipos con los cuales prestará el servicio, detallando:* Tipo de equipo – Tecnología (Origen, marca)
 |
| **G.1.1** |  (UN) equipo dental completo |
| **G.1.2** | (Un) Equipo de radiología |
| **G.2** | El proponente deberá contar con equipo de computación apto para la habilitación de sistema SAMI |
| **H** | **UBICACIÓN DEL SERVICIO** |
| H.1 | Especificar si cuenta con Señalética Interna y externa |
| H.2 | Especificar si cuenta con Teléfono, exponer números. |
| **I** | **INFRAESTRUCTURA** |
| I.1 | Área Técnica  |
|  | (un) consultorio apto para atención dental |
| I.2 | Área de Apoyo Técnico * Sala de espera
* Baños
 |

 |  |

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

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 3 C**

**PROPUESTA TÉCNICA**

* + - 1. **SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA Y HOSPITALARIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PROPUESTA** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| **A.1** | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Médico, proporcionando a la CSBP, la Infraestructura, recursos humanos, servicios, materiales, tecnología, otros aspectos técnicos hotelería y alimentación si así fuera necesario en caso de hospitalización. |
| **A.2** | El Centro Médico en el cual se realizarán los procedimientos deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad.**  |
| **A.3** | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la atención realizada de acuerdo a lo establecido en el Punto FORMA DE PAGO  |
| **B** | **DETALLE DEL SERVICIO**  |
|  | Atención de Emergencia: Servicio de 24 horas, incluyendo todas las consultas que se encuentren fuera del horario de consulta externa en horarios nocturnos, días feriados, paros cívicos, etc. En caso de requerir seguimiento por subespecialidades, se debe derivar al paciente a la Clínica CSBP Santa Cruz. |
|  | 1. Medicina General
2. Pediatría
3. Ginecología y obstetricia
4. Traumatología
 |
|  | CURACIONES1. Pequeñas
2. Medianas
3. Grandes
4. Extragrande
 |
|  | INYECTABLES1. IM Sin jeringa
2. EV Sin jeringa
 |
|  | NEBULIZACION1. Nebulización con Berotec
2. Nebulización con Atrovent
 |
|  | SUTURAS1. De 1 a 5 puntos (honorarios incluidos en consulta)
2. De 5 a 10 puntos
3. Mas de 10 puntos
 |
|  | OTROS1. Uso de material
2. Postura de sueros
3. Servicio de ambulancia a Santa Cruz
 |
|  | La cobertura de medicamentos se otorgará únicamente en casos de emergencia (riesgo vital).Para el resto de la medicación se otorgará un botiquín para dispensación.Para el pago de medicamentos, el mismo será verificado y validado por Regencia de farmacia para el pago correspondiente, siempre que cumplan con los protocolos establecidos y especificaciones técnicas del presente proceso de contratación.  |
|  | INTERNACIONESServicio de Internación: infraestructura, recursos humanos, servicios, materiales. Comprende: Hotelería (habitación), alimentación (desayuno, almuerzo, merienda y cena) Emergencias – No patologías prolongadas. La internación debe realizarse según protocolos: tanto en tiempos como en tratamientos; si la atención requiriese un tratamiento prolongado y/o quirúrgico mayor; se referirá al paciente a la Clínica - CSBP – Santa Cruz |
|  | 1. Derecho de internación
2. Sala de internación pensionado
3. Tratamiento médico por día
4. Luminoterapia sala neonatal
5. Luminoterapia
6. Uso de incubadora
 |
|  | INTERNACION SALA DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS1. Sala de Terapia Intensiva con respirador
2. Sala de Terapia Intensiva sin respirador
3. Tubo de oxígeno por día
4. Tratamiento médico
5. recuperación postoperatoria
 |
|  | YESOS1. Yeso menor
2. Yeso mediano
3. Yeso Mayor
4. retiro de yeso
 |
|  | ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIOS (solo pacientes hospitalizados y emergencias)1. Tomografía de cráneo
2. Tomografía de tórax, Abdomen, etc.
3. Rayos x
4. Ecografía
5. Electrocardiograma
 |
|  | CIRUGIA OBSTETRICA (CESAREA) 2 DIAS1. Derecho de internación
2. Sala de internación
3. Quirófano
4. A.R.N.
5. Cirujano
6. Anestesista
7. Ayudante
8. Pediatra
9. Instrumentación
 |
|  | PARTO NORMAL (1 DIA)1. Derecho de internación
2. Sala de internación
3. Sala de parto
4. A.R.N
5. Ginecólogo Obstetra
6. Pediatría
 |
|  | LEGRADO UTERINO (ambulatorio)1. Sala de legrado
2. Ginecólogo
3. Anestesiólogo
 |
|  | CIRUGIA MEDIANA (2 DIAS)1. Derecho de internación
2. Sala de internación
3. Quirófano
4. Cirujano
5. Anestesista
6. Ayudante
7. Instrumentación
 |
|  | DETALLE DE SERVICIOS DE LABORATORIO1. HEMOGRAMA
2. HEMOGLOBINA
3. HEMATOCRITO
4. ERITROSEDIMENTACIÓN
5. GRUPO SANGUINEO
6. COOMBS INDIRECTO
7. COOMBS DIRECTO
8. TEST PACK
9. T.COAGULACIÓN Y SANGRIA
10. T.DE PROTOMBINA
11. RECUENTO DE PLAQUETAS
12. FIBRINOGENO
13. ORINA
14. TEST DE EMBARAZO GRAVINDEX
15. PH
16. PARASITOLOGICO SIMPLE
17. MOCO FECAL
18. REACCION DE WIDAL
19. REACCION DE WEIL FELIX
20. CHAGAS HAI
21. TOXO HAI
22. TOXOPLASMOSIS ELISA IgG - IgM
23. RUBEOLA IgG - IgM
24. TEST PARA HEPATITIS A
25. TEST PARA HEPATITIS B
26. TEST PARA HEPATITIS C
27. GLUCOSA
28. UREA
29. CREATININA
30. ACIDO URICO
31. BILIRRUBINA
32. TRANSAMINASAS GOT
33. TRANSAMINASAS GPT
34. FOSFATASA ALCALINA
35. DESHIDROGENASA LACTICA
36. AMILASA
37. PROTEINAS TOTALES
38. ALBUMINAS
39. GLOBULINAS
40. CALCIO
41. SODIO POTASIO Y CLORO
42. GAMA GLUTAMIL TRASFERASA
43. CREATIN FOSFO-KINASA CPK
44. CPK MB
45. GASOMETRIA ALTERIAL
46. TROPONINA T
 |
| **C** | **COMPROMISOS A ASUMIR** |
| **C.1** | **CONFIDENCIALIDAD**El proponente se comprometerá: A la **CONFIDENCIALIDAD** – Tanto el proveedor de los servicios como sus dependientes en general se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre historias clínicas y cualquier información, de los asegurados y beneficiarios de la Caja, a la que tenga acceso por razón de su actuación. |
| **C.2** | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente se comprometerá: A **GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVCIO** – El proveedor del servicio si por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en máquinas, epidemias, 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. |
| **C.3** | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**El proponente se comprometerá: De contar con un **EQUIPO DE COMPUTACIÓN** con acceso a internet, apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| **D** | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| **D.1** | Los informes mensuales deberán ser entregados durante los cinco primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio, en Archivos de la CSBP. |
| **E** | Autorización de funcionamiento emitida por el SEDES o certificación que se encuentre en trámite (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| **F** | **PROFESIONALES ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN CENTRO HOSPITALARIO**  |
|  | 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). |
| **F.1** | Profesionales Médicos Especialistas en:(Un) Médico Internista(Un) Medico Ginecólogo y obstetra(Un) Medico Pediatría(Un médico Traumatólogo(Un) Médico Cirujano que deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Certificado de Especialista
 |
| **F.2** |  (UNA) Licenciadas en enfermería (Dos) Auxiliares en enfermería que deberán contar con:* Título en Provisión Nacional
 |
| **F.3** | Personal Administrativo:* Administrativos
* Encargado de Mantenimiento
* Recepcionista
* Seguridad
* Limpieza
 |
| **G** | **INFRAESTRUCTURA** |
| **G.1** | Área de Emergencia |
| **G.2** | Área de internación y quirófanos  |
|  | (Dos) Piezas con baño privado |
|  | (Un) Quirófano |
| **G.3** | Área de internación Terapia Intensiva |
|  | (Un) Área de Terapia intensiva |
| **G.4** | Área de Apoyo Técnico * Sala de espera
* Baños
* Área de administración
* Depósito de materiales
 |

 |  |

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

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 4 A**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DEL O LOS SERVICIOS REQUERIDOS POR PAQUETE** | **COSTO MENSUAL** | **COSTO ANUAL****(Bs.)** | **COSTO** **2 AÑOS****(Bs.)** |
| 1.- | CONSULTA EXTERNA POR PAQUETE: LIMITE DÍA DE ATENCIÓN A 24 PACIENTES SIN IMPORTAR LA ESPECIALIDAD (MEDICINA GENERAL, PEDIATRIA Y GINECOLOGIA) |  |  |  |

**Nota: se debe considerar Atención médica de lunes a viernes teniendo un límite total de atención día de 24 pacientes (este limite considera las 3 especialidades)**

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

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 4 B**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE SERVICIOS – CONSULTA ODONTOLÓGICA (POR EVENTO)** | **COSTO UNITARIO BS** |
| 1 | EMERGENCIAS ENDODONCIAS NIÑOS Y ADULTOS (EXTIRPACIÓN PAQUETE BASCULO NERVIOSO, DES OBTURACIÓN DE CONDUCTO, DRENAJE DE ABSCESO)  |   |
| 2 | TRATAMIENTO DE CARIES CON RESINAS NIÑOS Y ADULTOS SIMPLES Y COMPUESTAS  |   |
| 3 | EXTRACCIONES DENTARIAS SIMPLES NIÑOS Y ADULTOS  |   |
| 4 | APLICACIÓN DE CARIOSTATICO  |   |
| 5 | ATENCIÓN DE EMERGENCIAS  |   |
| 6 | RADIOGRAFÍAS PERI APICALES |   |

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

***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.**

**FORMULARIO N° 4C**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA Y HOSPITALARIOS (POR EVENTO)** | **COSTO UNITARIO BS** |
|  | **CONSULTA DE EMERGENCIA** |
| 1 | MEDICINA GENERAL |   |
| 2 |  PEDIATRÍA |   |
| 3 | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA |   |
| 4 | TRAUMATOLOGÍA |   |
|  | **CURACIONES** |
| 5 | PEQUEÑAS |   |
| 6 | MEDIANAS |   |
| 7 | GRANDES |  |
| 8 | EXTRAGRANDE |  |
|  | **INYECTABLES** |
| 9 |  IM SIN JERINGA |  |
| 10 | EV SIN JERINGA |  |
|  | **NEBULIZACION** |
| 11 |  NEBULIZACIÓN CON BEROTEC |  |
| 12 | NEBULIZACIÓN CON ATROVENT |  |
|  | **SUTURAS** |
| 13 | DE 1 A 5 PUNTOS (HONORARIOS INCLUIDOS EN CONSULTA) |  |
| 14 | DE 5 A 10 PUNTOS |  |
| 15 | MAS DE 10 PUNTOS |  |
|  | **OTROS** |
| 16 | USO DE MATERIAL |  |
| 17 | POSTURA DE SUEROS |  |
| 18 | SERVICIO DE AMBULANCIA A SANTA CRUZ |  |
|  | **INTERNACIONES** |
| 19 | DERECHO DE INTERNACIÓN |  |
| 20 | SALA DE INTERNACIÓN PENSIONADO |  |
| 21 | TRATAMIENTO MÉDICO POR DÍA |  |
| 22 | LUMINOTERAPIA SALA NEONATAL |  |
| 23 | LUMINOTERAPIA  |  |
| 24 | USO DE INCUBADORA |  |
|  | **INTERNACION SALA DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS** |
| 25 | SALA DE TERAPIA INTENSIVA CON RESPIRADOR |  |
| 26 | SALA DE TERAPIA INTENSIVA SIN RESPIRADOR |  |
| 27 | TUBO DE OXÍGENO POR DÍA  |  |
| 28 |  TRATAMIENTO MÉDICO |  |
| 29 | RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA |  |
|  | **YESOS** |
| 30 | YESO MENOR |  |
| 31 | YESO MEDIANO |  |
| 32 | YESO MAYOR |  |
| 33 | RETIRO DE YESO |  |
|  | **ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIOS** |
| 34 | TOMOGRAFÍA DE CRÁNEO |  |
| 35 |  TOMOGRAFÍA DE TÓRAX, ABDOMEN, ETC. |  |
| 36 | RAYOS X |  |
| 37 | ECOGRAFÍA |  |
| 38 | ELECTROCARDIOGRAMA |  |
|  | **CIRUGIA OBSTETRICA (CESAREA) 2 DIAS** |  |
| 39 | DERECHO DE INTERNACIÓN |  |
| 40 | SALA DE INTERNACIÓN |  |
| 41 | QUIRÓFANO |  |
| 42 |  A.R.N. |  |
| 43 | CIRUJANO |  |
| 44 | ANESTESISTA |  |
| 45 | AYUDANTE |  |
| 46 | PEDIATRA |  |
| 47 | INSTRUMENTACIÓN |  |
|  | **PARTO NORMAL (1 DIA)** |  |
| 48 | DERECHO DE INTERNACIÓN |  |
| 49 | SALA DE INTERNACIÓN |  |
| 50 | SALA DE PARTO |  |
| 51 |  A.R.N |  |
| 52 | GINECÓLOGO OBSTETRA |  |
| 53 | PEDIATRÍA |  |
|  | **LEGRADO UTERINO (AMBULATORIO)** |  |
| 54 | SALA DE LEGRADO |  |
| 55 | GINECÓLOGO |  |
| 56 | ANESTESIÓLOGO |  |
|  | **CIRUGIA MEDIANA (2 DIAS)** |  |
| 57 | DERECHO DE INTERNACIÓN |  |
| 58 | SALA DE INTERNACIÓN |  |
| 59 | QUIRÓFANO |  |
| 60 |  CIRUJANO |  |
| 61 |  ANESTESISTA |  |
| 62 | AYUDANTE |  |
| 63 | INSTRUMENTACIÓN |  |
|  | **DETALLE DE SERVICIOS DE LABORATORIO** |  |
| 64 | HEMOGRAMA  |  |
| 65 | HEMOGLOBINA |  |
| 66 | HEMATOCRITO |  |
| 67 | ERITROSEDIMENTACIÓN |  |
| 68 | GRUPO SANGUINEO |  |
| 69 | COOMBS INDIRECTO |  |
| 70 | COOMBS DIRECTO |  |
| 71 | TEST PACK |  |
| 72 | T.COAGULACIÓN Y SANGRIA |  |
| 73 |  T.DE PROTOMBINA |  |
| 74 | RECUENTO DE PLAQUETAS  |  |
| 75 | FIBRINOGENO |  |
| 76 | ORINA  |  |
| 77 |  TEST DE EMBARAZO GRAVINDEX |  |
| 78 | PH |  |
| 79 |  PARASITOLOGICO SIMPLE |  |
| 80 | MOCO FECAL |  |
| 81 | REACCION DE WIDAL |  |
| 82 |  REACCION DE WEIL FELIX |  |
| 83 | CHAGAS HAI |  |
| 84 |  TOXO HAI |  |
| 85 | TOXOPLASMOSIS ELISA IGG - IGM |  |
| 86 | RUBEOLA IGG - IGM |  |
| 87 | TEST PARA HEPATITIS A |  |
| 88 | TEST PARA HEPATITIS B |  |
| 89 | TEST PARA HEPATITIS C |  |
| 99 | GLUCOSA |  |
| 91 | UREA |  |
| 92 | CREATININA |  |
| 93 | ACIDO URICO |  |
| 94 | BILIRRUBINA |  |
| 95 | TRANSAMINASAS GOT |  |
| 96 | TRANSAMINASAS GPT |  |
|  97 | FOSFATASA ALCALINA |  |
| 98 | DESHIDROGENASA LACTICA |  |
| 99 | AMILASA |  |
| 100 | PROTEINAS TOTALES  |  |
| 101 | ALBUMINAS |  |
| 102 | GLOBULINAS |  |
| 103 | CALCIO |  |
| 104 | SODIO POTASIO Y CLORO |  |
| 105 | GAMA GLUTAMIL TRASFERASA |  |
| 106 | CREATIN FOSFO-KINASA CPK |  |
| 107 | CPK MB |  |
| 108 | GASOMETRIA ALTERIAL |  |
| 109 | TROPONINA T |  |

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

***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 PRESTACION DE SERVICIOS

CSBP.ASES.LEG.REG. N° \_\_\_-2023

Conste por el presente documento privado un **Contrato de Prestación de** **Servicios Médicos y Hospitalarios en la Localidad de Yapacaní, por Evento,** que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**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. Ever Filemón Soto Justiniano,** con CI No. 3260739 SC, **Jefe Médico Regional**, según Poder Especial No. 1501/2022, de 14 de julio 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° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de Montero y representada legalmente por el señor **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **con CI Nº \_\_\_\_\_\_\_**, en mérito al Poder General de Administración N° \_\_\_/\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública N° \_\_, del Distrito Judicial de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo del Abog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 la Invitación Pública N° \_\_\_/2023 **Servicios Médicos y Hospitalarios en la Localidad de Yapacaní, por Evento,** para la población asegurada de 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-CO-I-INV-\_\_-2023.

2.3. Habiéndose emitido la No Objeción Administrativa, así como la Aprobación del Gasto y Adjudicación, mediante Nota SC-NC-\_\_-2023, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, se ha adjudicado a favor de la **CONTRATADA** la prestación **de Servicios Médicos de Emergencia y Hospitalarios en la Localidad de Yapacaní, por Evento,** para la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP**,por lo que en atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, registrada mediante Hoja de Ruta \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

El objeto del presente documento es establecer los términos y condiciones a que se sujetará la prestación de **Servicios Médicos de Emergencia y Hospitalarios en la Localidad de Yapacaní, por Evento,** para los asegurados y beneficiarios de la **CSBP,** en adelante el Servicio, debidamente detallado en las Especificaciones Técnicas yde acuerdo al detalle de costos que se incluye en el presente Contrato.

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

La **CONTRATADA** se compromete a prestar el Servicio de acuerdo a los requerimientos y condiciones debidamente detallados en las Especificaciones Técnicas del proceso de Invitación Pública No. \_\_\_\_ y su propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

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

**5.1. Importe del Contrato:** El precio unitario propuesto y aceptado por las Partes para la prestación del Servicio descrito en las cláusulas Tercera y Cuarta, será cancelado por **EVENTO** a favor de la **CONTRATADA**, de acuerdo al siguiente detalle:

**5.2.** El monto mensual a cancelar a favor de la **CONTRATADA**, será el resultante de aplicar los precios unitarios de la Lista de Precios referida en el numeral 5.1. anterior, a los Servicios efectiva y realmente prestados durante el período de pago.

**5.3.** En la atención de Emergencias, sólo se reconocerá a la **CONTRATADA** el uso de medicamentos en caso de emergencia (riesgo vital); para el resto de eventos, la **CSBP** otorgará un botiquín para dispensación. Con carácter previo a la cancelación de dichos medicamentos y materiales de curación, los precios serán evaluados por Regencia Regional de Farmacia de la **CSBP**, instancia que velará porque los mismos sean razonables en comparación a los precios de mercado. Asimismo, verificará que se cumplan con los protocolos aplicables a cada caso y que se hayan cumplido las especificaciones técnicas del presente proceso de contratación.

**5.4.** En cuanto al Servicio de Internación, la CSBP otorgará un botiquín de dispensación y el resto de la medicación hospitalaria será provisto por la **CONTRATADA.** Con carácter previo a la cancelación de dichos medicamentos, los precios serán evaluados por Regencia Regional de Farmacia de la **CSBP**, instancia que velará porque los mismos sean razonables en comparación a los precios de mercado. Asimismo, verificará que se cumplan con los protocolos aplicables a cada caso y que se hayan cumplido las especificaciones técnicas del presente proceso de contratación.

**5.5. Forma de Pago:** La **CSBP** realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar mensualmente, hasta el día 20 del mes, posterior al Servicio prestado, una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, orden de servicio del médico tratante de la **CSBP**, más informe final del profesional a cargo de cada caso, exponiendo el estado en que se da de alta al asegurado o estado en que se encuentra y cuadro resumen de pacientes atendidos durante el mes, indicando días de internación (si correspondiese). El pago se efectuará mediante cheque a nombre la **CONTRATADA**.

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (02) 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** se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la prestación del Servicio, que le sean planteadas por el Jefe Médico Regional y/o la Administración Regional Santa Cruz de la **CSBP.** Para el efecto se realizarán las reuniones de coordinación que se crean convenientes, en la que participarán además de la **CONTRATADA** y de los representantes legales de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente. En estas reuniones se levantarán actas a efecto de realizar un seguimiento adecuado a las determinaciones asumidas por las Partes. La **CSBP** se reserva el derecho de acreditar a la persona responsable de ejercer la supervisión del Servicio contratado.

**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 las obligaciones asumidas por la **CONTRATADA** aplicará una multa equivalente al tres por ciento (3%) del monto total a cancelarse en el mes que corresponda la aplicación de la sanción; esta multa será deducida del pago mensual respectivo.

## 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** oportunidades. Para tal efecto, la **CSBP** comunicará a la **CONTRATADA**, en forma escrita, la determinación asumida. Asimismo, la resolución también procederá por suspensión del Servicio, así como por disolución o quiebra de la **CONTRATADA**.

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 el Servicio de prestaciones de salud de las cuales los asegurados y beneficiarios no pueden quedar descubiertos, si la **CONTRATADA** determinase unilateralmente la resolución del Contrato, por incumplimiento de la **CSBP** a las obligaciones asumidas o por cualquier otra razón, deberá comunicar a ésta su intención en forma escrita y con sesenta (60) días de anticipación.

10.5. 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.

10.6. Asimismo, la **CSBP**, por así convenir a sus intereses, podrá decidir unilateralmente la resolución del presente Contrato, sin lugar a resarcimiento de daños ni otros, 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.

**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 a las que acceda y por cualquier otra información que sea de su conocimiento, respecto de los asegurados y beneficiarios de la **CSBP**, 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 Invitación Pública No. \_\_\_/2023 **de Servicios Médicos de Emergencia y Hospitalarios en la Localidad de Yapacaní, por Evento** y la Propuesta adjudicada de 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 a todas 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 Yapacaní.

**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 la Certificación de \_\_ de \_\_\_\_ de 202\_, G.R.S. P.O.S. No. 0\_/\_\_, expedida por la Gerencia de Red de Salud de la Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la que se acredita que la **CONTRATADA** cuenta con toda la documentación y requisitos para su renovación. Una vez, que la **CONTRATADA** obtenga su renovación, se obliga a mantenerla vigente durante la vigencia total del presente Contrato, asimismo, en caso de acontecer cualquier contingencia relacionada con aspectos certificados o supervisados por el SEDES, las Partes acuerdan que la **CONTRATADA** asumirá íntegramente las responsabilidades y consecuencias que pudieran emerger al respecto.

**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. EVER F. SOTO JUSTINIANO****JEFE MEDICO REGIONAL** | **LIC. DOENITZ B. SULTZER CLAURE****ADMINISTRADOR REGIONAL** |

**CONTRATADA**

### MODELO

### CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

**CSBP.ASES.LEG.REG.N° \_\_\_-2023**

Conste por el presente documento privado un Contrato de Prestación de **SERVICIOS DE ODONTOLOGIA EN LA LOCALIDAD DE YAPACANI, 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. Ever Filemón Soto Justiniano,** con CI No. 3260739 SC, **Jefe Médico Regional**, según Poder Especial No. 1501/2022, de 14 de julio 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° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de Montero y representada legalmente por el señor **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **con CI Nº \_\_\_\_\_\_\_**, en mérito al Poder General de Administración N° \_\_\_/\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública N° \_\_, del Distrito Judicial de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo del Abog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 la Invitación Pública N° \_\_\_/2023 **Servicios de Odontología en la Localidad de Yapacaní, por Evento,** para la población asegurada de 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-CO-I-INV-\_\_-2023.

2.3. Habiéndose emitido la No Objeción Administrativa, así como la Aprobación del Gasto y Adjudicación, mediante Nota SC-NC-\_\_-2023, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, se ha adjudicado a favor de la **CONTRATADA** la prestación **de Servicios de Odontología en la Localidad de Yapacaní, por Evento,** para la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP**,por lo que en atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, registrada mediante Hoja de Ruta \_\_\_\_\_, 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 de **SERVICIOS DE ODONTOLOGIA en la Localidad de Yapacaní, 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 las Especificaciones Técnicas del proceso de Invitación Pública No. \_\_\_\_ y su propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

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

**5.1. Importe del Contrato:** El precio unitario propuesto y aceptado por las Partes para la prestación del Servicio descrito en las cláusulas Tercera y Cuarta anterior, será cancelado por **EVENTO** a favor de la **CONTRATADA**, de acuerdo al siguiente detalle:

|  |  |
| --- | --- |
| **PROCEDIMIENTO** | **IMPORTE Bs** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**5.2.** El monto mensual a cancelar a favor de la **CONTRATADA**, será el resultante de aplicar los precios unitarios de la Lista de Precios referida en el numeral 5.1. anterior, a los Servicios efectiva y realmente prestados durante el período de pago.

**5.5. Forma de Pago:** La **CSBP** realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar mensualmente, hasta el día 20 del mes, posterior al Servicio prestado, una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura y cuadro resumen de pacientes atendidos durante el mes. El pago se efectuará mediante cheque a nombre la **CONTRATADA**.

**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** se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la prestación del Servicio, que le sean planteadas por el Jefe Médico Regional y/o la Administración Regional Santa Cruz de la **CSBP.** Para el efecto se realizarán las reuniones de coordinación que se crean convenientes, en la que participarán además de la **CONTRATADA** y de los representantes legales de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente. En estas reuniones se levantarán actas a efecto de realizar un seguimiento adecuado a las determinaciones asumidas por las Partes. La **CSBP** se reserva el derecho de acreditar a la persona responsable de ejercer la supervisión del Servicio contratado.

**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** oportunidades. Para tal efecto, la **CSBP** comunicará a la **CONTRATADA**, en forma escrita, la determinación asumida. Asimismo, la resolución también procederá por suspensión del Servicio, así como por disolución o quiebra de la **CONTRATADA**.

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 el Servicio de prestaciones de salud de las cuales los asegurados y beneficiarios no pueden quedar descubiertos, si la **CONTRATADA** determinase unilateralmente la resolución del Contrato, por incumplimiento de la **CSBP** a las obligaciones asumidas o por cualquier otra razón, deberá comunicar a ésta su intención en forma escrita y con sesenta (60) días de anticipación.

10.5. 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.

10.6. Asimismo, la **CSBP**, por así convenir a sus intereses, podrá decidir unilateralmente la resolución del presente Contrato, sin lugar a resarcimiento de daños ni otros, 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.

**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 Invitación Pública No. \_\_\_/2023 **de Servicios de Odontología en la Localidad de Yapacaní, por Evento** y la Propuesta adjudicada de 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 propia cuenta.

**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 Yapacaní.

**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 en original la Certificación de fecha \_\_ de \_\_\_\_ de 202\_, por la cual, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en su calidad de Supervisor de Odontología de Red de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_, refiere que el consultorio dental de propiedad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha cumplido con todos los requisitos para la apertura, habilitación y funcionamiento del mismo, encontrándose a la espera de la renovación de su resolución administrativa, que debe ser emitida por el SEDES – Santa Cruz. Por lo anterior, la **CONTRATADA** se obliga a obtener dicha autorización y mantenerla vigente durante toda la vigencia del presente Contrato, así como a notificar oportunamente a la **CSBP** respecto de su obtención y en su defecto si no la pudiera renovar. Del mismo modo, deberá hacer llegar un ejemplar original o legalizado de la misma a la **CSBP** una vez obtenida. Se deja establecido que, 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. EVER F. SOTO JUSTINIANO****JEFE MEDICO REGIONAL** | **LIC. DOENITZ B. SULTZER CLAURE****ADMINISTRADOR REGIONAL** |

**CONTRATADA**

MODELO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CSBP.ASES.LEG.REG. N° \_\_\_-2023

Conste por el presente documento privado un **Contrato de Prestación de Servicios Médicos en Consulta Externa en la Localidad de Yapacaní, por Paquete,** que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**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. Ever Filemón Soto Justiniano,** con CI No. 3260739 SC, **Jefe Médico Regional**, según Poder Especial No. 1501/2022, de 14 de julio 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° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de Montero y representada legalmente por el señor **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **con CI Nº \_\_\_\_\_\_\_**, en mérito al Poder General de Administración N° \_\_\_/\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública N° \_\_, del Distrito Judicial de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo del Abog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 la Invitación Pública N° \_\_\_/2023 **Servicios Médicos en Consulta Externa en la Localidad de Yapacaní** para la población asegurada de 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-CO-I-INV-\_\_-2023.

2.3. Habiéndose emitido la No Objeción Administrativa, así como la Aprobación del Gasto y Adjudicación, mediante Nota SC-NC-\_\_-2023, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, se ha adjudicado a favor de la **CONTRATADA** la prestación **de Servicios Médicos en Consulta Externa en la Localidad de Yapacaní, por Paquete,** para la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP**,por lo que en atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, registrada mediante Hoja de Ruta \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

El objeto del presente documento es establecer los términos y condiciones a que se sujetará la **prestación de Servicios Médicos en Consulta Externa en la Localidad de Yapacaní, por Paquete,** para los asegurados y beneficiarios de la **CSBP,** en adelante el Servicio, debidamente detallado en las Especificaciones Técnicas yde acuerdo al detalle de costos que se incluye en el presente Contrato.

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

La **CONTRATADA** se compromete a prestar el Servicio de acuerdo a los requerimientos y condiciones debidamente detallados en las Especificaciones Técnicas del proceso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y su propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

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

La **CSBP** pagará por el Servicio que se detalla a continuación, un monto fijo mensual por Paquete de **Bs\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00/100 Bolivianos).**

La **CSBP** realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar mensualmente, hasta el día 20 del mes, posterior al Servicio prestado, una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura y cuadro resumen de pacientes atendidos durante el mes.

El pago se efectuará mediante cheque a nombre la **CONTRATADA**.

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (02) 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** se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la prestación del Servicio, que le sean planteadas por el Jefe Médico Regional y/o la Administración Regional Santa Cruz de la **CSBP.** Para el efecto se realizarán las reuniones de coordinación que se crean convenientes, en la que participarán además de la **CONTRATADA** y de los representantes legales de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente. En estas reuniones se levantarán actas a efecto de realizar un seguimiento adecuado a las determinaciones asumidas por las Partes. La **CSBP** se reserva el derecho de acreditar a la persona responsable de ejercer la supervisión del Servicio contratado.

**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 las obligaciones asumidas por la **CONTRATADA** aplicará una multa equivalente al tres por ciento (3%) del monto total a cancelarse en el mes que corresponda la aplicación de la sanción; esta multa será deducida del pago mensual respectivo.

## 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** oportunidades. Para tal efecto, la **CSBP** comunicará a la **CONTRATADA**, en forma escrita, la determinación asumida. Asimismo, la resolución también procederá por suspensión del Servicio, así como por disolución o quiebra de la **CONTRATADA**.

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 el Servicio de prestaciones de salud de las cuales los asegurados y beneficiarios no pueden quedar descubiertos, si la **CONTRATADA** determinase unilateralmente la resolución del Contrato, por incumplimiento de la **CSBP** a las obligaciones asumidas o por cualquier otra razón, deberá comunicar a ésta su intención en forma escrita y con sesenta (60) días de anticipación.

10.5. 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.

10.6. Asimismo, la **CSBP**, por así convenir a sus intereses, podrá decidir unilateralmente la resolución del presente Contrato, sin lugar a resarcimiento de daños ni otros, 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.

**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. (GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO).**

12.1. En calidad de garantía de cumplimiento de Contrato, la **CSBP** efectuará la retención del siete por ciento (7%) del monto mensual que corresponda pagar a la **CONTRATADA**, de tal manera que al cumplimiento de la vigencia del presente Contrato y habiendo cumplido a cabalidad con el mismo, se procederá a su devolución a favor de la **CONTRATADA**, previo informe de conformidad de la Unidad Solicitante.

# **12.2. La** CSBP **ejecutará esta garantía en caso de existir incumplimiento de cualquiera de las cláusulas del presente Contrato.**

# DECIMO TERCERA. (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 a las que acceda y por cualquier otra información que sea de su conocimiento, respecto de los asegurados y beneficiarios de la **CSBP**, 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 CUARTA. (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 Invitación Pública No. \_\_\_/2023 **de Servicios Médicos en Consulta Externa en la Localidad de Yapacaní, por Paquete** y la Propuesta adjudicada de la **CONTRATADA**.

**DECIMO QUINTA. (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 a todas las obligaciones socio-laborales y de bioseguridad con su personal, a su propio costo.**

**DECIMO SEXTA. (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 Yapacaní.

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

En cumplimiento al Instructivo CITE: ON-GG-S-007-14, de 17 de septiembre de 2014, la **CONTRATADA** ha presentado la Certificación de \_\_ de \_\_\_\_ de 202\_, G.R.S. P.O.S. No. \_\_/\_\_, expedida por la Gerencia de Red de Salud de la Provincia \_\_\_\_\_\_\_, por la que se acredita que la **CONTRATADA** cuenta con toda la documentación y requisitos para su renovación. Una vez, que la **CONTRATADA** obtenga su renovación, se obliga a mantenerla vigente durante la vigencia total del presente Contrato, asimismo, en caso de acontecer cualquier contingencia relacionada con aspectos certificados o supervisados por el SEDES, las Partes acuerdan que la **CONTRATADA** asumirá íntegramente las responsabilidades y consecuencias que pudieran emerger al respecto.

**DECIMO OCTAVA. (DE LOS GASTOS NOTARIALES).**

La **CONTRATADA** se obliga a cancelar los gastos emergentes del reconocimiento de firmas del presente Contrato ante Notario de Fe Pública.

**DECIMO NOVENA. (ACEPTACION).**

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente contrato en cuatro (4) 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. EVER F. SOTO JUSTINIANO****JEFE MEDICO REGIONAL** | **LIC. DOENITZ B. SULTZER CLAURE****ADMINISTRADOR REGIONAL** |

**CONTRATADA**

ANEXO 1

|  |
| --- |
| **ESTADISTICAS SERVICIOS MEDICOS YAPACANI** |
| **GESTION-2022** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PRODUCTO** | **ENE** | **FEB** | **MAR** | **ABR** | **MAY** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SEP** | **OCT** | **NOV** | **DIC** | **TOTAL** |
| CIRUGIAS REALIZADAS | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 |   | 1 |   | 3 | 3 | **26** |
| CONSULTA CARDIOLOGIA |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   | **1** |
| CONSULTA CIRUGIA | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 |   |   | 2 | 1 | **19** |
| CONSULTA GINECOLOGIA | 3 | 1 | 14 | 3 | 7 |   | 4 | 7 | 8 |   |   | 5 | **52** |
| CONSULTA MEDICINA GENERAL | 18 | 8 | 12 | 23 | 15 | 18 | 17 | 9 | 5 | 5 | 29 | 10 | **169** |
| CONSULTA MEDICINA INTERNA | 1 |   |   | 4 | 3 | 2 | 10 | 5 |   | 2 |   |   | **27** |
| CONSULTA NEUROCIRUGIA |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 3 | 3 | **7** |
| CONSULTA NEUROCIRUGIA PEDIATRICA |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 6 |   | **7** |
| CONSULTA PEDIATRIA | 25 | 25 | 17 | 20 | 8 | 4 | 20 | 12 | 8 | 6 | 10 | 54 | **209** |
| CONSULTA TRAUMATOLOGIA | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2 |   | **3** |
| CONSULTAS ODONTOLOGIA | 69 | 48 | 80 | 48 | 30 | 28 | 35 | 33 | 28 | 29 | 38 | 35 | **501** |
| INTERNACION (DIAS) | 59 | 38 | 46 | 55 | 37 | 29 | 52 | 33 | 24 | 14 | 50 | 83 | **520** |
| SERV. DE AMBULANCIA A SANTA CRUZ |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 12 | **13** |
| SERVICIOS AUXILIARES |   |   |   |   |   |   |   |   | 4 |   |   |   | **4** |
| SERVICIOS DE ENFERMERIA |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 6 | **7** |
| SERVICIOS DE QUIROFANO | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 |   | 1 |   |   | 3 | **23** |
| **Total general** | **183** | **127** | **176** | **162** | **109** | **87** | **149** | **102** | **79** | **56** | **143** | **215** | **1588** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |