

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### SC-CMA-003-2024

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“PROCEDIMIENTOS Y CIRUGIAS NEUROLOGICAS”** |

 **Santa Cruz, Febrero de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****CONTRATO MARCO SC-CMA-003-2024****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Santa Cruz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **PROCEDIMIENTOS Y CIRUGÍAS NEUROLÓGICAS** |
| Tipo de Convocatoria: **CONTRATO MARCO** |
| Forma de adjudicación: **POR ITEM** |
| Sistema de evaluación y adjudicación: **CUMPLE/NO CUMPLE** |
| 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 |

**CONTRATO MARCO No 003-2024 “PROCEDIMIENTOS Y CIRUGÍAS NEUROLÓGICAS”**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 28/02/2024 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Inspección Previa | - | - | No Corresponde  |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta: 05/03/24 | HastaHrs. 16:00 | Dirigidas a:genni.hiza@csbp.com.bowendy.oropeza@csbp.com.bo |
| 4 | Reunión de Aclaración | 07/03/24 | 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: 15/03/24 | 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) – **Unidad de Compras**  |
| 6 | Apertura de Ofertas. | 15/03/24 | 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 | 17/04/24 | Notificación a los proponentes. |

(\*) 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 Nº051/2023 del 14 de agosto de 2023, 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. Álvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero Dr. Jhemis Molina Gerente Médico a.i. * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

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

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

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

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

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA** * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 4** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
 |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA**
 | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.En circunstancias excepcionales 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 o electrónica.**OFERTA FISICA:** La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****REGIONAL 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. Unidad de Compras ***……………………………………………………………..*****RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: SC-CMA-003-2024****“PROCEDIMIENTOS Y CIRUGÍAS NEUROLOGICAS”*****PRIMERA* CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 14:15 del día 09** **de octubre 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.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 la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación. Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES**
 | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades: 1. Propuesta Técnica.
2. Propuesta Económica.
3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote.
4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.
 |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES**
 | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC;
2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.

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

|  |
| --- |
| **PARTE III****EVALUACIÓN DE OFERTAS** |
| 1. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO**
 | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | El método de Calificación correspondiente a la presente modalidad es de **cumple / no cumple**, es decir que la CSBP podrá suscribir contrato con el o los proveedores que cumplan con todas las condiciones técnicas y legales, establecidas en la convocatoria. (independientemente del precio ofertado)**Nota:** La CSBP se reserva el derecho de administrar la provisión del servicio en función a conveniencia técnica, económica o por necesidad institucional. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION**
 | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles.Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN**
 | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:1. Nómina de los proponentes y precios ofertados
2. Cuadros comparativos
3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica
4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia.
5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda.
6. Detalle de inhabilitación de propuestas, 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 aclaración o declaratoria desierta.
 |

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

|  |
| --- |
| **PARTE IV****ESPECIFICACIONES TECNICAS** |
| 1. **ANTECEDENTES**

La Caja de Salud de la Banca Privada Regional Santa Cruz requiere comprar de **Procedimientos y Cirugías Neurológicas** para cubrir las necesidades de los Asegurados de acuerdo a lo requerido por los médicos de las distintas especialidades. 1. **OBJETO**

Constituye el objeto de esta contratación, la compra por **EVENTO** de **Procedimientos y Cirugías Neurológicas** a los asegurados de la CSBP.1. **FORMA EN LA QUE SE PRESTARA EL SERVICIO**

El procedimiento será el siguiente:1. El profesional médico de la C.S.B.P. una vez que determina que el Asegurado de la CSBP requiere de la realización de procedimientos o Cirugías Neurológicas**,** emitirá la orden Médica misma que deberá estar con la firma y sello del Médico que requiere el servicio y autorización de Jefatura de Policonsultorio o Jefatura de Hospitalización.
2. El paciente acudirá al Centro contratado portando la orden firmada y sellada por el Médico que requiere el procedimiento, quedando bajo la responsabilidad del Centro mientras dura el mismo.
3. Para el caso de procedimientos y/o cirugías posteriores a la valoración inicial el proveedor señalara la fecha de realización del procedimiento y/o cirugía. En caso de requerir Internación el procedimiento y/o cirugía debe ser realizado desde la valoración hasta el alta en el Centro del Proveedor; por lo tanto, el seguimiento de la evolución del procedimiento y/o cirugía hasta el alta es de entera responsabilidad del profesional que realice el procedimiento y/o cirugía.
4. Para todos los procedimientos se debe hacer llegar a la CSBP, la documentación completa de descargo que justifique el cobro realizado, historia clínica, protocolos operatorios, etc. con el sello y firma de los profesionales que intervinieron en el proceso, correspondientes a cada área.
5. En caso que el paciente presentara alguna complicación durante el procedimiento o necesitara realizar algún otro procedimiento adicional a lo requerido inicialmente o que estuviera fuera de contrato; deberá informar esta situación de manera inmediata con informe escrito al Coordinador de Hospitalización de la CSBP y a Jefatura Medica Regional para coordinar autorizaciones y procedimientos a seguir.
6. El proponente adjudicado mensualmente deberá enviar a la CSBP un informe Médico sobre cada uno de los asegurados a los cuales se realizó el SERVICIO DE CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS NEUROLOGICOS con las respectivas observaciones y recomendaciones.
7. **PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO**

El contrato tendrá una vigencia de DOS AÑOS, renovable previo acuerdo entre partes.1. **FORMA DE PAGO**

La CSBP realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual el Proveedor deberá presentar hasta el día 20 de mes: Una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, Órdenes de Servicios, cuadro personalizado de asistencia mensual con la firma del paciente y cuadro resumen de procedimientos y Cirugías Neurológicas realizados durante el mes, mismo que deberá contener la siguiente información:

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

La solicitud de pago debe ser entregada en Oficinas Administrativas – Contabilidad: en los plazos previstos por el área (hasta cada 20 de mes), posterior a la atención realizada.1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **I** | **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGARTORIO** |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| A.1 | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Hospitalario. |
| A.2 | El Centro Hospitalario en el cual se realizarán los estudios deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad** (Adjuntar copias de la Normativa aplicada en el Centro).  |
| A.3 | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la entrega de los estudios de acuerdo a lo establecido en el Punto 5. FORMA DE PAGO  |
| A.4 | El proveedor debe detallar de acuerdo a procedimiento el costo por el paquete **desde la valoración hasta el alta y/o derivación al servicio de la C.S.B.P.** (tomando como base procedimientos standard); así mismo debe especificar el costo adicional por el uso de materiales, insumos, internaciones u otros que pudieran surgir eventualmente dentro de los procedimientos y/o intraoperatorios. |
| **B** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**  |
| **B.1** | **SERVICIOS DE DIAGNOSTICO**  |
| 1.1 | ANGIOGRAFIA DIGITAL CEREBRAL (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| 1.2 | ANGIOGRAFIA DIGITAL ESPINAL (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| 1.3 | ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLOS (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala de Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| 1.4 | TEST DE OCLUSION VASCULAR CUELLOS (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala de Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| **B.2** | **CIRUGIAS NEUROLOGICAS** |
| 2.1 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.2 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES VASCULARES CEREBRALES – VASALES – ESPINALES (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.3 | EMBOLIZACION DE TUMORES INTRACRANEALES, CABEZA Y CUELLO (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.4 | ANGIOPLASTIA VERTEBRAL – INTRACRANEANA- CAROTIDEA (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.5 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ATAQUE CENTRAL ISQUEMICO (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| **C** | **UNIDADES CON LAS QUE DEBE CONTAR EL SERVICIO** |
| C.1 | Unidad de Terapia Intensiva Adultos |
| C.2 | Unidad de Terapia Intensiva Pediátrico |
| C.3 | Sala de Recuperación |
| C.4 | Sala de Hemodinamia |
| **D** | **HORARIOS DE ATENCIÓN** |
| D.1 | De lunes a viernes de horas 8:30 a 20:00 y sábados de 8:00 a 12:00 (el horario descrito es referencial no limitativo, pudiendo el proponente ampliar o modificar el mismo) para procedimientos programados.Atención de 24 horas para emergencias. |
| **E** | **COMPROMISOS A EFECTUAR** |
| E.1 | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que si por algún motivo (Desperfectos en máquinas, etc.) no pueda prestar el servicio requerido, contratará por cuenta propia los servicios de otra empresa que preste el mismo servicio, garantizando de esta forma la continuidad del servicio. |
| E.2 | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**El proponente deberá adjuntar carta de compromiso de contar con un Equipo de Computación apto para realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| E.3 | **ATENCION DE EMERGENCIA**El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que prestara los servicios que se requieran de EMERGENCIA sean estos en días feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos etc. |
| **F** | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| F.1 | Los informes de resultado de los **ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO** realizados deben ser entregados en Archivo Central (Doble vía a La Guardia, entre 4to y 5to Anillo zona sur, Calle Eucaliptos N°10). en un plazo máximo de 24 horas de realizado el estudio. En el caso de que la solicitud provenga de Clínica el resultado debe ser enviado a clínica inmediatamente realizado el estudio. |
| F.2 | En el caso de **CIRUGÍAS** Debe ser enviada la documentación completa del PROCEDIMIENTO realizado, en el que se incluya historia clínica, protocolos operatorios, etc. con el sello y firma de los profesionales que intervinieron en el proceso a Jefatura de Policonsultorio (Calle España #688 – 5to piso) en un plazo máximo de 24 horas de realizada el alta del paciente. En el caso de que la solicitud provenga de Clínica la documentación debe ser enviada a Coordinación de Clínica CSBP (Calle Sara y Junín – 1er piso) inmediatamente realizado el traslado del paciente. |
| F.3 | Los Informes mensuales (Servicios de Diagnóstico y Cirugías) para el cobro respectivo, deberán ser entregados hasta el día 20 del mes al área de contabilidad (Doble vía a La Guardia, entre 4to y 5to Anillo zona sur, Calle Eucaliptos N°10). |
| **G** | **ASPECTOS GENERALES** |
| G.1 | El Centro Hospitalario deberá contar con la Autorización de funcionamiento o la certificación de trámite en proceso emitida por el SEDES (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| G.2 | El Centro Hospitalario deberá contar con Normas y Protocolos de procedimientos (Adjuntar normas y protocolos) |
| **H** | **PROFESIONALES DESIGNADOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO** |
|  | En el caso de profesionales médicos y enfermeras los mismos deberán estar registrados en el colegio profesional que corresponde (Adjuntar Hoja de Vida).  |
| H.1 | Médicos Especialistas en:* (1) Neurocirugía
* (1) Anestesiología
* (1) Neurología Clínica

Deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Matricula Profesional
* Certificado de Especialista
 |
| H.2 | Dos Licenciadas o Auxiliares de enfermería que deberán contar con:* Título en Provisión Nacional
* Matricula Profesional
 |
| H.3 | UN Equipo quirúrgico de apoyo, (Listar Profesionales según cirugía)* Título en Provisión Nacional (Si corresponde)
* Matricula Profesional (si corresponde)
* Carné del Colegio respectivo (Si corresponde)
 |
| H.4 | Personal Administrativo* (1) Encargado de Mantenimiento
* (1) Recepcionista
* (1) Seguridad
* (1) Limpieza
 |
| **I** | **EQUIPAMIENTO** |
| I.1 | El Proponente deberá especificar claramente el o los Equipos con los cuales prestará el servicio:Equipos destinados a la prestación de **SERVICIO DE CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS NEUROLOGICOS** Los equipos deben contar con las siguientes características mínimas:* (1) Angiografo digital de alta resolución 1024 \* 1024
* (1) Flat Panel
* (1) Sustracción Digital Original
* (1) Road Map
* (1) Angiografo Rotacional
* (1) Reconstrucción Tridimensional

Debe detallar:Tipo de equipo – Tecnología (Origen, marca, año)  |
| I.2 | Equipamiento de Apoyo:* (1) Equipo de reanimación
* (1) Oxígeno y su medio de administración
* (1) Aspirador Portátil
* Material descartable: barbijos, guantes, jeringas, gasas etc.
 |
| **J** | **UBICACIÓN DEL SERVICIO** |
| J.1 | Especificar claramente la dirección del centro médico (Adjuntar mapa) |
| J.2 | Especificar si cuenta con acceso para Discapacitados (adjuntar fotografías) |
| J.3 | Especificar si cuenta con Señalética Interna y externa (Adjuntar fotografías) |
| J.4 | Especificar si cuenta con Teléfono Fijo y Celular exponer números (adjuntar números de referencia) |
| **K** | **INFRAESTRUCTURA** |
| K.1 | Área Técnica (Detallar superficie de ambientes y numerarlos si cuenta con más de uno) El centro debe contar con aire acondicionado en todas las salas. Y deberá contar como mínimo con: |
|  | UN consultorio (Con equipamiento mínimo necesario) |
|  | UN quirófano (Con equipamiento)* Máquina de anestesia

Equipo(s) según procedimiento |
| K.2 | Área de internación (Detallar número, características y capacidad de ambientes)  |
|  | El centro debe contar con aire acondicionado y servicio de tv cable en todas las salasEl costo debe incluir: HOTELERIA: Por día de InternaciónALIMENTACION COMPLETA: Por día (Según dieta) |
|  | DOS Habitaciones individuales que deben contar con cuarto de baño privado con WC, lavabo y ducha |
| K.3 | Área de Apoyo Técnico, deberá contar como mínimo con lo siguiente:* (1) Sala de espera y baños

Área de administración |
| **L** | **EXPERIENCIA** |
| L.1 | Se requiere al menos cinco años de experiencia de los profesionales que realizaran el servicio solicitado (documentado – Profesionales listados en punto H.) |

 |

**ANEXOS**

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

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato marco SC-CMA-003-2024 PROCEDIMIENTOS Y CIRUGIAS NEUROLOGICAS**

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

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

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

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

 \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución 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 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).

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 3**

**PROPUESTA TÉCNICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUISITOS NECESARIOS Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad |
| **Características Técnicas** | **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**(Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE**  | **Observaciones** (especificar por qué no cumple) |
| **SI** | **NO** |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **I** | **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGARTORIO** |
| **A** | **ASPECTOS GENERALES** |
| A.1 | El proveedor deberá efectuar los procedimientos requeridos en su Centro Hospitalario. |
| A.2 | El Centro Hospitalario en el cual se realizarán los estudios deberá funcionar considerando las normas establecidas de **Bioseguridad** (Adjuntar copias de la Normativa aplicada en el Centro).  |
| A.3 | El proveedor deberá solicitar los pagos de manera mensual, adjuntando la documentación que respalda la entrega de los estudios de acuerdo a lo establecido en el Punto 5. FORMA DE PAGO  |
| A.4 | El proveedor debe detallar de acuerdo a procedimiento el costo por el paquete desde la valoración hasta el alta y/o derivación al servicio de la C.S.B.P. (tomando como base procedimientos standard); así mismo debe especificar el costo adicional por el uso de materiales, insumos, internaciones u otros que pudieran surgir eventualmente dentro de los procedimientos y/o intraoperatorios. |
| **B** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**  |
| **B.1** | **SERVICIOS DE DIAGNOSTICO**  |
| 1.1 | ANGIOGRAFIA DIGITAL CEREBRAL (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| 1.2 | ANGIOGRAFIA DIGITAL ESPINAL (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| 1.3 | ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLOS (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala de Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| 1.4 | TEST DE OCLUSION VASCULAR CUELLOS (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala de Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |
| **B.2** | **CIRUGIAS NEUROLOGICAS** |
| 2.1 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.2 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACION ES VASCULARES CEREBRALES – VASALES – ESPINALES (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.3 | EMBOLIZACION DE TUMORES INTRACRANEALES, CABEZA Y (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.4 | ANGIOPLASTIA VERTEBRAL – INTRACRANEANA- CAROTIDEA (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| 2.5 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ATAQUE CENTRAL ISQUEMICO (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |
| **C** | **UNIDADES CON LAS QUE DEBE CONTAR EL SERVICIO** |
| C.1 | Unidad de Terapia Intensiva Adultos |
| C.2 | Unidad de Terapia Intensiva Pediátrico |
| C.3 | Sala de Recuperación |
| C.4 | Sala de Hemodinamia |
| **D** | **HORARIOS DE ATENCIÓN** |
| D.1 | De lunes a viernes de horas 8:30 a 20:00 y sábados de 8:00 a 12:00 (el horario descrito es referencial no limitativo, pudiendo el proponente ampliar o modificar el mismo) para procedimientos programados.Atención de 24 horas para emergencias. |
| **E** | **COMPROMISOS A EFECTUAR** |
| E.1 | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que si por algún motivo (Desperfectos en máquinas, etc.) no pueda prestar el servicio requerido, contratará por cuenta propia los servicios de otra empresa que preste el mismo servicio, garantizando de esta forma la continuidad del servicio. |
| E.2 | **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**El proponente deberá adjuntar carta de compromiso de contar con un Equipo de Computación apto para en un futuro realizar el enlace con el software Médico de la CSBP (SAMI) y registrar la información del servicio a prestar. |
| E.3 | **ATENCION DE EMERGENCIA**El proponente debe adjuntar carta de compromiso en la que se establezca que prestara los servicios que se requieran de EMERGENCIA sean estos en días feriados, horarios nocturnos, fines de semana, paros cívicos etc. |
| **F** | **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES** |
| F.1 | Los informes de resultado de los **ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO** realizados deben ser entregados en Archivo Central (Doble vía a La Guardia, entre 4to y 5to Anillo zona sur, Calle Eucaliptos N°10). en un plazo máximo de 24 horas de realizado el estudio. En el caso de que la solicitud provenga de Clínica el resultado debe ser enviado a clínica inmediatamente realizado el estudio. |
| F.2 | En el caso de **CIRUGÍAS** Debe ser enviada la documentación completa del PROCEDIMIENTO realizado, en el que se incluya historia clínica, protocolos operatorios, etc. con el sello y firma de los profesionales que intervinieron en el proceso a Jefatura de Policonsultorio (Calle España #688 – 5to piso) en un plazo máximo de 24 horas de realizada el alta del paciente. En el caso de que la solicitud provenga de Clínica la documentación debe ser enviada a Coordinación de Clínica CSBP (Calle Sara y Junín – 1er piso) inmediatamente realizado el traslado del paciente. |
| F.3 | Los Informes mensuales (Servicios de Diagnóstico y Cirugías) para el cobro respectivo, deberán ser entregados hasta el día 20 del mes al área de contabilidad (Doble vía a La Guardia, entre 4to y 5to Anillo zona sur, Calle Eucaliptos N°10). |
| **G** | **ASPECTOS GENERALES** |
| G.1 | El Centro Hospitalario deberá contar con la Autorización de funcionamiento o la certificación de trámite en proceso emitida por el SEDES (Adjuntar Fotocopia Vigente). |
| G.2 | El Centro Hospitalario deberá contar con Normas y Protocolos de procedimientos (Adjuntar normas y protocolos) |
| **H** | **PROFESIONALES DESIGNADOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO** |
|  | En el caso de profesionales médicos y enfermeras los mismos deberán estar registrados en el colegio profesional que corresponde (Adjuntar Hoja de Vida).  |
| H.1 | Médicos Especialistas en:* (1) Neurocirugía
* (1) Anestesiología
* (1) Neurología Clínica

Deberán contar con:* Título en provisión nacional
* Matricula Profesional
* Certificado de Especialista
 |
| H.2 | Dos Licenciadas o Auxiliares de enfermería que deberán contar con:* Título en Provisión Nacional
* Matricula Profesional
 |
| H.3 | UN Equipo quirúrgico de apoyo, (Listar Profesionales según cirugía)* Título en Provisión Nacional (Si corresponde)
* Matricula Profesional (si corresponde)
* Carné del Colegio respectivo (Si corresponde)
 |
| H.4 | Personal Administrativo* (1) Encargado de Mantenimiento
* (1) Recepcionista
* (1) Seguridad
* (1) Limpieza
 |
| **I** | **EQUIPAMIENTO** |
| I.1 | El Proponente deberá especificar claramente el o los Equipos con los cuales prestará el servicio:Equipos destinados a la prestación de **SERVICIO DE CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS NEUROLOGICOS** Los equipos deben contar con las siguientes características mínimas:* (1) Angiografo digital de alta resolución 1024 \* 1024
* (1) Flat Panel
* (1) Sustracción Digital Original
* (1) Road Map
* (1) Angiografo Rotacional
* (1) Reconstrucción Tridimensional

Debe detallar:Tipo de equipo – Tecnología (Origen, marca, año)  |
| I.2 | Equipamiento de Apoyo:* (1) Equipo de reanimación
* (1) Oxígeno y su medio de administración
* (1) Aspirador Portátil
* Material descartable: barbijos, guantes, jeringas, gasas etc.
 |
| **J** | **UBICACIÓN DEL SERVICIO** |
| J.1 | Especificar claramente la dirección del centro médico (Adjuntar mapa) |
| J.2 | Especificar si cuenta con acceso para Discapacitados (adjuntar fotografías) |
| J.3 | Especificar si cuenta con Señalética Interna y externa (Adjuntar fotografías) |
| J.4 | Especificar si cuenta con Teléfono Fijo y Celular exponer números (adjuntar números de referencia) |
| **K** | **INFRAESTRUCTURA** |
| K.1 | Área Técnica (Detallar superficie de ambientes y numerarlos si cuenta con más de uno) El centro debe contar con aire acondicionado en todas las salas. Y deberá contar como mínimo con: |
|  | UN consultorio (Con equipamiento mínimo necesario) |
|  | UN quirófano (Con equipamiento)* Máquina de anestesia

Equipo(s) según procedimiento |
| K.2 | Área de internación (Detallar número, características y capacidad de ambientes)  |
|  | El centro debe contar con aire acondicionado y servicio de tv cable en todas las salasEl costo debe incluir: HOTELERIA: Por día de InternaciónALIMENTACION COMPLETA: Por día (Según dieta) |
|  | DOS Habitaciones individuales que deben contar con cuarto de baño privado con WC, lavabo y ducha |
| K.3 | Área de Apoyo Técnico, deberá contar como mínimo con lo siguiente:* (1) Sala de espera y baños

Área de administración |
| **L** | **EXPERIENCIA** |
| L.1 | Se requiere al menos cinco años de experiencia de los profesionales que realizaran el servicio solicitado (documentado – Profesionales listados en punto H.) |

 |    |   |  |   |
| : |    |   |  |   |

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

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

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DEL ESTUDIO** | **COSTO UNITARIO BS** |
|  | **PROCEDIMEINTOS DE DIAGNOSTICO**  |   |
| 1 | ANGIOGRAFIA DIGITAL CEREBRAL (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |   |
| 2 | ANGIOGRAFIA DIGITAL ESPINAL (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |   |
| 3 | ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLOS (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala de Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |   |
| 4 | TEST DE OCLUSION VASCULAR CUELLOS (Paquete del procedimiento desde la valoración hasta el alta o derivación al servicio de la C.S.B.P.; Uso de sala de Hemodinamia. Especificar según paciente estándar con un día en pieza confort, y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort. Medicamentos, derecho de internación, servicio de enfermería, etc.) |   |
|  | **CIRUGIAS NEUROLOGICAS** | - |
| 5 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |  |
| 6 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACION ES VASCULARES CEREBRALES – VASALES – ESPINALES (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |  |
| 7 | EMBOLIZACION DE TUMORES INTRACRANEALES, CABEZA Y CUELLO (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |  |
| 8 | ANGIOPLASTIA VERTEBRAL – INTRACRANEANA- CAROTIDEA (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |  |
| 9 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ATAQUE CENTRAL ISQUEMICO (Paquete quirúrgico para paciente estándar Uso de sala de Hemodinamia, Un día en UTI, Un día en pieza confort; derecho de cirugía Exámenes de laboratorio, Materiales descartables, medicamentos para todo el periodo de internación y quirúrgico, honorarios de todo el equipo quirúrgico y en casos excepcionales costo adicional por día UTI y pieza confort.) |  |

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

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

**MODELO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

**CSBP.ASES.LEG.REG.Nº \_\_\_-2024**

Conste por el presente documento privado un Contrato de **Prestación de Servicios de PROCEDIMIENTOS Y CIRUGIAS NEUROLOGICAS 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. Jorge Gabriel Andrés Bejarano Jáuregui**, con CI No. 2522785, **Administrador Regional** y el **Dr. Ever Filemón Soto Justiniano,** con CI No. 3260739 SC, **Jefe Médico Regional**, según Poder Especial y Bastante No. 323/2023, de 04 de diciembre de 2023, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 067, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo de la Dra. Karolay Rivera Mercado, que en adelante se denominará la **CSBP**.
	2. La empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita en el Registro de Comercio administrado por SEPREC, bajo la Matricula No. \_\_\_\_\_, con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra y representada legalmente por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CI No. \_\_\_\_\_, en mérito al Testimonio de Poder General de Administración No. \_\_\_/20\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. \_\_, del Distrito Judicial de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en adelante se denominará la **CONTRATADA.**
	3. A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como Partes y de manera individual como Parte.

**SEGUNDA. (ANTECEDENTES).**

.1. En cumplimiento del Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 4 – Aprobado mediante Resolución No. 051/2023 del Directorio de la **CSBP**, de 14 de agosto de 2023 y vigente a partir del 16 de agosto de 2023, se ha llevado a cabo el proceso de contratación bajo la modalidad de Contrato Marco No. \_\_\_/2024, para la contratación de **Servicios de PROCEDIMIENTOS Y CIRUGIAS NEUROLOGICAS por Evento**, con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP.**

2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación CITE: SC-CO-I-CM-\_\_-2024.

2.3. Mediante Formulario de Aprobación de Gasto, el Gerente de Administración y Finanzas, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el Gerente Médico, \_\_\_\_\_\_\_\_, han otorgado su No Objeción del Gasto y Aprobación del Proceso, a consecuencia de lo que se ha remitido a la **CONTRATADA** la Nota de Adjudicación CITE: SC-BS-NOT-\_\_\_-2024, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

2.4. En atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_ de 2024, registrada mediante Hoja de Ruta No. \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

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

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

La **CONTRATADA** se compromete a prestar el Servicio de acuerdo a los requerimientos y condiciones debidamente detallados en el Pliego de Condiciones del proceso bajo la modalidad de Contrato Marco No. \_\_\_/2024 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**,de acuerdo al siguiente detalle,cancelará en favor de la **CONTRATADA** por el Servicio, lo siguiente, en Bolivianos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DEL PROPONENTE** | **IMPORTE EN Bs** |
| 1 | ANGIOGRAFIA DIGITAL CEREBRAL  |  |
| 2 | ANGIOGRAFIA DIGITAL ESPINAL  |  |
| 3 | ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLOS  |  |
| 4 | TEST DE OCLUSION VASCULAR |  |
|  | CIRUGIAS NEUROLOGICAS |  |
| 5 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL  |  |
| 6 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES VASCULARES CEREBRALES – VASALES – ESPINALES  |  |
| 7 | EMBOLIZACION DE TUMORES INTRACRANEALES, CABEZA Y CUELLO  |  |
| 8 | ANGIOPLASTIA VERTEBRAL – INTRACRANEANA- CAROTIDEA  |  |
| 9 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ATAQUE CENTRAL ISQUEMICO  |  |

Costos adicionales en casos excepcionales:

Pieza privada día Bs\_\_\_.-, incluye servicio de enfermería y alimentación; UTI día Bs\_\_\_\_.-, incluye uso de desfibrilador, nebulizador, aspirador, monitor cardiaco, monitor respiratorio y honorarios equipo UTI.

Medicamentos y material de curación, gastos en función a días, lugar de internación y patología paciente.

La **CSBP** realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar en Oficinas Administrativas – Contabilidad, hasta cada 20 de mes, una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, Órdenes de Servicio, historia clínica, protocolos operatorios y cuadro resumen de procedimientos y cirugías neurológicas realizadas durante el mes, mismo que deberá contener la siguiente información:

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

Los pagos se efectuarán mediante cheque a nombre de la **CONTRATADA**.

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (2) AÑOS,** plazo que se computará a partir del \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024 hasta el \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2026, no existiendo tácita reconducción.

**SEPTIMA. (COORDINACION).**

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

**OCTAVA. (RESPONSABILIDADES).**

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

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

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

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

**NOVENA. (MULTAS).**

La **CSBP** ante el incumplimiento de la **CONTRATADA** respecto de alguna o algunas de las obligaciones asumidas en este Contrato, independientemente de tomar la determinación de resolver el mismo, aplicará en su contra una multa equivalente al tres por ciento (3%) del importe mensual a cancelar. Esta multa podrá ser 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.

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

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

10.5. 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 4 – Aprobado mediante Resolución No. 051/2023 del Directorio de la **CSBP**, de 14 de agosto de 2023 y vigente a partir del 16 de agosto de 2023, el Pliego de Condiciones del proceso de contratación que da lugar a la suscripción del presente Contrato y la propuesta presentada por la **CONTRATADA**.

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

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

**DECIMO QUINTA. (DOMICILIO).**

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

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

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

En cumplimiento al Instructivo CITE: ON-GG-S-007-14, de 17 de septiembre de 2014, la **CONTRATADA** ha presentado la Resolución Administrativa \_\_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 202\_, por la que se autoriza la Renovación de Autorización del Laboratorio \_\_\_\_\_\_, con vigencia hasta el \_\_ de \_\_\_\_ de 202\_. La **CONTRATADA** se compromete a mantener vigente dicha autorización, durante toda la vigencia del presente Contrato, sin embargo, en caso de 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.

**DECIMO SEPTIMA. (ACEPTACION).**

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente contrato en tres (03) 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 veinticuatro.

|  |  |
| --- | --- |
| **DR. EVER F. SOTO JUSTINIANO****JEFE MEDICO REGIONAL** | **LIC. J. GABRIEL A. BEJARANO JÁUREGUI****ADMINISTRADOR REGIONAL** |

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

**CONTRATADA**

**ESTADISTICAS**

**PROCEDIMIENTOS Y CIRUGIAS NEUROLOGICAS DEL 2021 AL 2023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **ESTUDIO** | **GESTION2021** | **GESTION2022** | **GESTION2023** |
|  | **PROCEDIMIENTOS NEUROLOGICOS** |  |  |  |
| 1 | ANGIOGRAFIA DIGITAL CEREBRAL  | 6 | 5 | 10 |
| 2 | ANGIOGRAFIA DIGITAL ESPINAL | 0 | 1 | 1 |
| 3 | ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLOS  | 0 | 2 | 0 |
| 4 | TEST DE OCLUSION VASCULAR CUELLOS  | 0 | 0 | 0 |
|   | **CIRUGIAS NEUROLOGICAS** |   |   |   |
| 5 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL  | 1 | 4 | 1 |
| 6 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES VASCULARES CEREBRALES – VASALES – ESPINALES  | 1 | 1 | 0 |
| 7 | EMBOLIZACION DE TUMORES INTRACRANEALES, CABEZA Y CUELLO | 0 | 1 | 1 |
| 8 | ANGIOPLASTIA VERTEBRAL – INTRACRANEANA- CAROTIDEA  | 1 | 1 | 0 |
| 9 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ATAQUE CENTRAL ISQUEMICO  | 0 | 0 | 0 |