

### PLIEGO DE CONDICIONES

**INVITACION PUBLICA**

### SC-IP-004-2024

**SEGUNDA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN”** |

**Santa Cruz, octubre de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **INVITACIÓN PÚBLICA SC-IP-004-2024**  **SEGUNDA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Santa Cruz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN** |
| Tipo de Convocatoria: INVITACIÓN PUBLICA |
| Forma de adjudicación: POR EL TOTAL DEL SERVICIO |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR COSTO |
| Encargados de atender consultas: Lic. Genni Hiza R.  Lic. Wendy Oropeza R. |
| Correo electrónico: [genni.hiza@csbp.com.bo](mailto:genni.hiza@csbp.com.bo)  [wendy.oropeza@csbp.com.bo](mailto:wendy.oropeza@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 3427676 int. 3428 |

**INVITACION PUBLICA N° 004-2024 “SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN” - SEGUNDA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 10/10/2024 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:  17/10/24 | Hasta  Hrs. 16:00 | Dirigidas a:  [genni.hiza@csbp.com.bo](mailto:genni.hiza@csbp.com.bo)  [wendy.oropeza@csbp.com.bo](mailto:wendy.oropeza@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | 21/10/24 | 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:  29/10/24 | 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. | 29/10/24 | 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 | 18/11/24 | | 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 Nº 051/2023 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 Pinaya Gerente Administrativo Financiero  Dr, Olker Calla Rivadeneira Jefe de Calidad y Servicios de Salud     * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Carlos Quiroga Bermúdez Gerente General  Lic. Álvaro Chirveches Pinaya Gerente Administrativo Financiero  Cargo acéfalo 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. |
| 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 (la multa será aplicada por evento incumplido). |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 monto equivalente al uno por ciento (1 %) del valor de la propuesta económica anual presentada**,** 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** 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.  **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-IP-004-2024**  **“SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN”**  ***SEGUNDA* CONVOCATORIA**  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. 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. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **MENOR COSTO.**  Inicialmente identificarán el Formulario de Propuesta Económica, procediendo a verificar las operaciones aritméticas y los datos presentados en este formulario considerando lo siguiente:   1. Cuando exista diferencia entre el precio unitario señalado en él y el total que se haya obtenido multiplicando el precio unitario por la cantidad de unidades, prevalecerá el precio unitario cotizado. Por tanto, la Comisión de Calificación obtendrá la nueva oferta total, multiplicando el precio unitario consignado en el Formulario por la cantidad requerida.   El monto resultante, producto de la revisión económica, se denominará Monto Ajustado por Revisión Aritmética (MAPRA), debiendo ser registrado en la columna correspondiente del Formulario E-2. (Se adjunta modelo de formulario ANEXO 1)   1. Si producto de la revisión no se encuentran errores aritméticos, el monto de la propuesta deberá ser copiado en la columna MAPRA del Formulario E-2. 2. Si existiera diferencia entre los precios unitarios en numeral y literal, prevalecerá el literal.     Seguidamente ordenarán las propuestas en función de los precios identificados en la columna MAPRA, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor costo, el segundo lugar la propuesta con el segundo menor costo y así sucesivamente.  Posteriormente proceden a calificar la propuesta con el MENOR COSTO, , evaluando los documentos legales, administrativos y propuesta técnica presentada, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE y utilizando el Formulario E-1 para documentos legales y administrativos y la columna CUMPLE/NO CUMPLE del Formulario para la propuesta técnica.  Si el proponente ha omitido la presentación de algún documento legal o administrativo que sea considerado error subsanable, o la Comisión de Calificación requiere aclaración a la propuesta técnica, solicitará de forma escrita al proponente el mencionado documento o la aclaración correspondiente para que presente en el plazo de tres (3) días hábiles. La aclaración no debe modificar el contenido de su propuesta.  Recepcionado el documento o la aclaración requerida en el plazo establecido, continúa con la evaluación correspondiente.  Si transcurridos los tres (3 días) hábiles el proponente no envía la documentación o aclaración solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta y proceder a la calificación de la siguiente propuesta con menor precio.  Si la propuesta que está siendo calificada no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC, será inhabilitada, excepto cuando esta sea subsanada de acuerdo a procedimiento establecido. En este caso la Comisión de Calificación procederá a la evaluación de la propuesta con el segundo menor precio y así sucesivamente. |
| 1. **PLAZO DE 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. **BOLETA DE GARANTIA, A PRIMER REQUERIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO O RETENCIÓN DEL 7% MENSUAL** | **Primera Opción: Entrega de Boleta de Garantía a Primer Requerimiento de Cumplimiento de Contrato**:  Tiene por objeto garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato. Su monto debe ser equivalente al 7% (siete por ciento) del valor anual del contrato y vigente desde la fecha fijada para la firma del contrato hasta 360 días calendario posteriores al mismo, con característica de renovable, de carácter irrevocable y a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI, **esta garantía será renovada anualmente durante la vigencia del contrato.**  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.  **Segunda Opción: Retención:**  Al ser un servicio de provisión continua a monto fijo, el proponente adjudicado podrá garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato, mediante la retención del 7% del monto mensual a pagar, mismo que será consumido como Garantía de Cumplimiento del servicio, esta retención se la realizará hasta llegar al importe equivalente al 7 % del importe anual a cancelar.  Esta garantía será devuelta, una vez cumplida la vigencia del contrato (2 años) previa conformidad de la Unidad Solicitante verificar.  La CSBP ejecutará esta garantía por incumplimiento de las cláusulas específicamente pactadas en el 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 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. |
| 1. **CANAL DE DENUNCIAS** | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo). |

|  |
| --- |
| **PARTE V**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** |
| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** |
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |
| **SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN** |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |
| **A. REQUISITOS DEL SERVICIO** |
| El proponente debe cumplir con todas las características y términos de referencia detalladas a continuación, garantizando sobre todo la calidad del servicio y la dotación adecuada de equipamiento, instrumental y personal profesional. |
| **A.1 HOTELERIA** |
| **A.1.1 PIEZAS CONVENCIONALES** |
| La Clínica a contratar debe garantizar un área de uso exclusivo para la CSBP. Brindando el servicio de internación, con un mínimo de 45 camas, en habitaciones simples. |
| El requerimiento para el servicio de hospitalización en pieza convencional tiene un límite de 45 camas por día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. |
| Una vez excedidos los 45 usos de camas al día, el convocante pagará por la cama adicional un precio referencial de **Bs. 550** por día. |
| Se considerará el alta hospitalaria según protocolos de la CSBP para los días cama excedentes según epicrisis. |
| Cada pieza debe contar con el siguiente equipamiento e insumo: |
| 1. Cama ortopédica de 5 movimientos y colchón anti escara, a requerimiento para el paciente (el colchón anti escara es NO EXCLUYENTE). |
| 1. Cama de acompañante o sofá cama . Los gastos incurridos por los acompañantes de los asegurados a la CSBP, correrán por cuenta del acompañante y no así de la CSBP. |
| 1. Una mesa veladora. |
| 1. Una lámpara de noche. |
| 1. Silla individual de buena calidad para el paciente. |
| 1. Gradilla. |
| 1. Soporte para suero. |
| 1. Un ropero. |
| 1. Una mesa móvil para alimentación. |
| 1. Baño privado en cada pieza con pasamanos de seguridad. |
| 1. Ducha con agua fría y caliente. |
| 1. Jabón líquido. |
| 1. Dispensadores de papel. |
| 1. Dispensador de alcohol en gel. |
| 1. Papel higiénico. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Una toalla para manos y otra para el cuerpo. |
| 1. Aire acondicionado con control remoto. |
| 1. Frigo bar. |
| 1. Tv cable con control remoto. |
| 1. Timbre enfermería. |
| 1. Wifi. |
| 1. Teléfono, el llamado a los médicos correrá por parte de la clínica. |
| 1. Colchón de agua y/o aire a disposición según requerimiento médico. |
| 1. Ropa de cama suficiente para recambio diario, de primera calidad y en buen estado. |
| 1. Marquesina (Identificación del paciente en lugar visible dentro de la pieza, debe tener los siguientes datos: nombre completo, edad, fecha de ingreso, médico o especialidad que hace seguimiento al paciente). |
| 1. Bombas de infusión continúa. |
| 1. Monitor multiparamétrico. A requerimiento médico. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (asegurados, médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **A.1.2. SALA NEONATAL** |
| El proponente debe contar con **mínimo 4 cunas individuales** al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional) para pacientes que requieren internación. |
| El proponente debe garantizar un ambiente que esté próximo o anexo a quirófano y sala de parto para brindar el servicio de neonatología, con un requerimiento de 4 usos de cuna durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. |
| Una vez excedidos los 4 usos de cuna durante el día, el convocante pagará por la cuna adicional un precio referencial de **Bs. 550** por día. |
| NO se considerará como hospitalización neonatal el alojamiento conjunto de los recién nacidos. |
| El ambiente requerido debe contar con el siguiente material y equipamiento: |
| 1. Equipos de Luminoterapia. |
| 1. Halo cefálico. |
| 1. Incubadoras completas. |
| 1. Incubadora de transporte. |
| 1. Carro de paro para resucitación neonatal completo con insumos; los insumos a reposición por el CSBP. |
| 1. Respirador neonatal, sus accesorios a reposición por el CSBP. |
| 1. Ropa suficiente para visitante. |
| 1. Servo cuna. |
| 1. Oxigeno portátil. |
| 1. Oxigeno central con flujómetro. |
| 1. Aspiración portátil o central con manómetro. |
| 1. Cunas para recién nacidos. |
| 1. Balanza y tallímetro neonatal. |
| 1. Oxímetro de pulso neonatal. |
| 1. Sistema especial para lavado de manos según normas de bioseguridad. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Frigo bar. |
| 1. Esterilizador de mamaderas. |
| 1. Microondas. |
| 1. Sillón para lactancia materna. |
| 1. Aire acondicionado frio/calor en buen funcionamiento. |
| 1. Baño higiénico privado con papel higiénico, jabón líquido, papel toalla. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **A.1.3 UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS (CONVENCIONAL)** |
| El proponente deberá entregar un informe mensual de morbilidad-mortalidad (más ingresos y egresos) hasta el 5 de cada mes a Bioestadística de la CSBP. vía jefatura médica o Director de Hospitalización. |
| El proponente debe contar con mínimo 4 Unidades de terapia intensiva al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional). |
| El requerimiento para la Unidad de Terapia Intensiva Convencional tiene un límite de 4 usos de cama durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. |
| Una vez excedidos los 4 usos de cama durante el día, el convocante pagará por la U.T.I. adicional un precio referencial de **Bs. 1.800** por día (Este importe incluye equipamiento médico y uso de cama). |
| La sala de UTI debe estar provista de ambiente adecuado y climatizado según normas de bioseguridad, y deberá contar con el siguiente equipamiento: |
| 1. Bombas de infusión suficientes para la administración de medicamentos a pacientes en estado crítico. |
| 1. Camas ortopédicas de 5 movimientos y colchón anti escara para el paciente. |
| 1. Mesas de mayo para cada unidad. |
| 1. Aspiración central para cada unidad. |
| 1. Oxigeno central para cada unidad. |
| 1. Bigoteras y máscaras suficientes. |
| 1. Electrocardiógrafo. |
| 1. Oxímetro de pulso. |
| 1. Cánulas de traqueostomía y tubos orotraqueales a reposición por el CSBP. |
| 1. Equipos de oxígeno portátil. |
| 1. Set completo de catéteres para control de presión arterial invasiva a reposición por LA CSBP. |
| 1. Monitores multiparámetro con capnografia y presión invasiva. |
| 1. Equipos de cirugía menor y campos estériles para realización de procedimientos. |
| 1. Ropa suficiente y en buen estado para los cambios de la cama del paciente. |
| 1. Soportes de suero. |
| 1. Set de laringoscopio con distintos tamaños de laminas |
| 1. Ropa suficiente para visitante. |
| 1. Cardio desfibrilador. |
| 1. Respiradores volumétricos suficientes |
| 1. CPAP. |
| 1. Equipos de asistencia respiratoria manual AMBU. |
| 1. Carro de paro |
| 1. Colchón de agua y/o aire a requerimiento médico. |
| 1. Equipo de aspiración portátil. |
| 1. Sistema especial de lavado de manos según normas de bioseguridad. |
| 1. Tubo de oxígeno portátil. |
| 1. Lámpara cialítica portátil de pie. |
| 1. Ecógrafo portátil. |
| 1. Marcapaso cardiológico transitorio a disposición inmediata (cable, electrodos, generador y batería). |
| 1. Asistencia, control y seguimiento de ingresos y egresos durante el procedimiento de diálisis peritoneal (licenciada en Enfermería del proponente). |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **A.1.4. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA** |
| El personal médico debe tener la capacitación suficiente para realizar actos médico – quirúrgicos, realizar interconsulta a pacientes internados a solicitud de médico tratante o en caso de urgencia por la Licenciada de enfermería además de estar al mando de un jefe de servicio, quien informará en forma oportuna a un familiar directo responsable (padre, madre o apoderado) sobre la evolución del paciente, requiriendo como mínimo un médico y una licenciada en enfermería con cobertura de 24 horas los 7 días de la semana |
| El proponente debe contar con mínimo 1 Unidad de terapia intensiva al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional). |
| El requerimiento para la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica tiene un límite de 1 uso de cama durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. |
| Una vez excedido 1 uso de cama al día, el convocante pagará por la cama U.T.I.P. adicional un precio referencial de **Bs. 3.100** por día, este importe incluye, personal médico, licenciada en enfermería, equipamiento médico y uso de cama. |
| El ambiente debe estar dotado de: |
| 1. Aspiración central para cada unidad. |
| 1. Bigoteras y máscaras suficientes. |
| 1. Bomba de infusión continua suficiente para la administración de medicamentos, según normas. |
| 1. Jeringas de infusión suficientes para la administración de medicamentos. |
| 1. Una cama térmica infantil completa. |
| 1. Set completo de catéteres para PVC. |
| 1. Equipos de oxígeno portátil. |
| 1. Equipos de cirugía menor. |
| 1. Equipos de asistencia respiratoria manual AMBU. |
| 1. Monitores multiparámetro suficientes para cada unidad. |
| 1. Oxígeno central para cada unidad. |
| 1. Respiradores de presión para las unidades, con sus respectivos accesorios para su funcionamiento. |
| 1. Ropa suficiente para visitante. |
| 1. Cardio desfibrilador. |
| 1. Carro de paro |
| 1. Laringoscopio con sus respectivas laminas pediátricas. |
| 1. Equipo de aspiración portátil. |
| 1. Sistema de lavado de manos según normas de bioseguridad. |
| 1. Tubo de oxígeno para transporte con sus accesorios. |
| 1. Lámpara portátil de pie. |
| 1. Vitrina para medicamentos de terapia intensiva pediátrica |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Rayos x portátil a criterio e informe médico |
| 1. Ecografía portátil a criterio e informe médico |
| 1. Colchón de agua y/o aire a disposición según requerimiento médico. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **A.1.5. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL** |
| El requerimiento para la Unidad de Terapia Intensiva neonatal tiene un límite de 3 usos de INCUBADORA Y/O CUNA durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. |
| El proponente debe contar con mínimo 3 Unidad de terapia intensiva al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional). |
| Una vez excedidos los 3 usos de INCUBADORA Y/O CUNA durante el día, el convocante pagará por la Incubadora y/o cuna adicional un precio referencial de **Bs. 1.800** por día, este importe incluye equipamiento médico. |
| El ambiente debe estar dotado de: |
| 1. Servo cuna. |
| 1. Incubadora completa. |
| 1. Incubadora de transporte. |
| 1. Equipos de Luminoterapia. |
| 1. Carro de paro |
| 1. Cardio desfibrilador pediátrico. |
| 1. Ropas suficientes para v isitante |
| 1. Sistema especial para lavado de manos según normas de bioseguridad. |
| 1. Respirador neonatal |
| 1. CIPAP. |
| 1. Aspirador central o portátil. |
| 1. Oxigeno central o portátil a criterio e informe médico |
| 1. Aire comprimido medicinal. |
| 1. Equipos de asistencia respiratoria manual AMBU neonatal. |
| 1. Set completo de catéteres para PVC. |
| 1. Bigoteras y máscaras suficientes. |
| 1. Equipo de cirugía menor (cateterización umbilical). |
| 1. Bomba de infusión continua suficiente para la administración de medicamentos, según normas. |
| 1. Jeringas de infusión suficientes para la administración de medicamentos. |
| 1. Laringoscopio neonatal. |
| 1. Monitor multiparámetro cardiaco incluido sensor pulsoxímetro. |
| 1. Rayos x portátil. |
| 1. Ecografía portátil. |
| 1. Colchón de agua y/o aire a disposición según requerimiento médico. |
| 1. Aire acondicionado frio/calor en buen funcionamiento. |
| 1. Balanza y tallímetro neonatal. |
| 1. Oxímetro de pulso neonatal. |
| 1. Termómetro digital y mercurio. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). |
| **A.2. ÁREA MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN** |
| Para las áreas de hospitalización (Medicina interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía), se debe contar con el siguiente equipamiento y equipo: |
| 1. Carro de curación con los Insumos necesarios como guantes quirúrgicos estériles, guantes de procedimientos, gorros y batas, barbijos, gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (clorhexidina jabonosa, alcohólica acuosa povidine tópico jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada), micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. |
| 1. Ecógrafo portátil con los Insumos necesarios para su buen funcionamiento, a criterio e informe médico. |
| 1. Oxígeno y aspiración central o portátil disponible para eventualidades, con su respectivo insumo para la utilización, los mismos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. |
| 1. Carro de tratamiento para enfermería por área y Vitrina para custodia de insumos y medicamentos |
| Ambiente en la central de enfermería que esté asignada para el trabajo continuo de los médicos del convocante, que debe contar con: |
| 1. Espacio para la implementación del buzón de sugerencias para los asegurados. |
| 1. Sifón de agua en el pasillo central de las piezas. |
| 1. Espacio para la implementación de los equipos de computación. |
| 1. Teléfono interno. |
| 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento. |
| 1. Lavamanos. |
| 1. Dispensador de jabón líquido. |
| 1. Dispensador de toallas de papel. |
| 1. Dispensador de alcohol líquido. |
| 1. Basurero según normas de bioseguridad. |
| 1. Material de bioseguridad para los médicos del convocante (gorro, barbijo, bata, guantes de procedimiento, guantes estériles). |
| 1. Wifi. |
| 1. Cunas para alojamiento conjunto en área de Ginecología (1 por cama). |
| 1. Equipos para Monitoreo y Examen Gineco Obstétrico |
| **A.3. AMBIENTE PARA JUNTAS MÉDICAS (AUDITORIO) en coordinación con el proponente** |
| Ambiente dotado de: |
| 1. Mesa de reuniones. |
| 1. Sillas (seis como mínimo). |
| 1. Sifón de agua. |
| 1. Negatoscopio. |
| 1. Pizarra para información. |
| 1. Aire acondicionado con control remoto |
| 1. Área para la implementación de equipos de computación. |
| 1. Puntos para toma de red de computación e internet. |
| 1. Teléfono. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. El ambiente puede ser compartido, de preferencia exclusiva. |
| 1. Wifi. |
| 1. TV con entrada HDMI 60”, para presentaciones de casos clínicos. |
| 1. Frigo bar. |
| **A.4. AMBIENTE PARA PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN** |
| Cinco ambientes para oficinas debidamente identificadas con las siguientes características: |
| 1. Estantes de madera. |
| 1. Aire acondicionado con control remoto en perfectas condiciones de funcionamiento. |
| 1. Cinco puntos para toma de red de computación e internet. |
| 1. Teléfono interno. |
| 1. Baño higiénico privado dotado de jaboncillo líquido, papel higiénico, toallas de papel. |
| 1. Wifi. |
| 1. Sifones de agua en el pasillo de las oficinas administrativas. |
| 1. Frigo bar. |
| 1. Sofá grande. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| **A.5. AMBIENTE PARA FARMACIA** |
| Tres Ambientes de acuerdo a normativa vigente del SEDES (dimensión mínima de 40m2), distancias entre farmacias dentro de la institución del proponente de 50 metros radiales, de las siguientes características: |
| 1. Un ambiente principal donde estará la farmacia de 40m2 de dimensión más baño privado con ducha, dispensador de papel toalla, jabón líquido y papel higiénico. |
| 1. Un ambiente para depósito de farmacia continúo al ambiente principal. |
| 1. Un ambiente para descanso, continúo al ambiente principal. |
| 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. |
| 1. Punto de red para teléfono. |
| 1. Dos Sillones ejecutivos. |
| 1. Un sillón de descanso. |
| 1. 3 puntos para toma de red de computación con acceso a internet banda ancha. |
| 1. Wifi. |
| 1. Basureros con normas de bioseguridad. |
| 1. Extintor. |
| 1. Dispensador de alcohol en spray en cada área. |
| 1. Área de dispensación que cuente con un mesón o plataforma para atención y dispensación de la receta, con su respectiva ventana de vidrio, aplicando las medidas de bioseguridad. |
| 1. Área de preparación de medicamentos mesón o plataforma dentro de la farmacia para la preparación diaria. |
| 1. Deposito (área de almacenamiento) continuo a farmacia. |
| 1. Área de refrigeración debe contar con tres puntos de corrientes para refrigerador para cadena de frio. |
| **A.6. AMBIENTE PARA VIGENCIA DE DERECHO** |
| Ubicado al ingreso de la clínica, próximo a recepción dotado de: |
| 1. Mesón o plataforma para atención de asegurados. |
| 1. Punto de red para conexión a internet en banda ancha. |
| 1. Teléfono interno. |
| 1. Área para disposición de equipos de computación. |
| 1. Aire acondicionado. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Sillón ejecutivo. |
| 1. Dispensador para alcohol en gel. |
| **B. SERVICIO DE EMERGENCIA** |
| **B.1. SERVICIO DE EMERGENCIA CONVENCIONAL** |
| Ambientes necesarios con las siguientes características: |
| **B.2. AMBIENTE PARA TRIAGE** |
| Ambiente que debe estar ubicado próximo al área de emergencia |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). |
| **B.3. AMBIENTE PARA VESTIDOR DE PERSONAL DE SALUD** |
| Ambiente debe contar con: |
| 1. Un ambiente amplio para vestuario del personal de enfermería y médico exclusivo de la CSBP. |
| 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. |
| 1. Baño higiénico dotado de jabón líquido, papel higiénico, toallas de papel. |
| 1. Wifi. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Un sofá o sofá cama. |
| 1. Frigo bar. |
| 1. Seis casilleros. |
| 1. Una mesa. |
| **B.4. SALA DE ESPERA PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIA CONVENCIONAL** |
| Con las siguientes características: |
| 1. Un ambiente amplio de espera con el suficiente confort con dispensadores de alcohol en gel. |
| 1. Aire acondicionado con control remoto. |
| 1. Sillas de espera para pacientes (tres tándems de tres sillas cada uno). |
| 1. Televisor en salas de espera. |
| 1. Wifi. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Dispensador de agua con vasos desechables. |
| **B.5. AMBIENTE PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES EN EMERGENCIA CONVENCIONAL.** |
| Un ambiente para control de signos vitales con el siguiente equipamiento: |
| 1. Silla con sujetador para brazo. |
| 1. Escritorio. |
| 1. Silla. |
| 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. |
| 1. Basurero según normas de bioseguridad. |
| 1. Tensiómetro (pediátrico y adulto). |
| 1. Estetoscopio (pediátrico y adulto). |
| 1. Termómetro digital o infrarrojo. |
| 1. Oxímetro de pulso (pediátrico y adulto). |
| 1. Balanza con tallímetro (pediátrico y adulto). |
| 1. Dispensador de alcohol en spray. |
| 1. Punto de conexión a red de internet. |
| 1. Puntos para instalación de equipos de computación. |
| 1. Computadora más impresora (hojas para imprimir, tinta o tóner para impresora). |
| 1. Teléfono interno. |
| 1. Tablero informativo. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). |
| **B.6. CONSULTORIOS MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA CONVENCIONAL.** |
| Dos consultorios para uso exclusivo del convocante y dos para uso compartido, con buena iluminación y equipados cerca de las salas de observación y reanimación, para cada una de las especialidades básicas (Medicina Interna, Medicina General, Ginecología, Pediatría) de la CSBP, cada uno deberá contar con: |
| 1. Escritorio. |
| 1. Sillón ejecutivo cómodo y en buen estado. |
| 1. Dos sillas para pacientes. |
| 1. Camilla de examen físico. |
| 1. Una Camilla ginecológica. |
| 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. |
| 1. Wifi. |
| 1. Instalación para línea telefónica más teléfono. |
| 1. Punto de red para conexión a internet. |
| 1. Puntos para instalación de equipos de computación. |
| 1. Negatoscopio. |
| 1. Tensiómetro. |
| 1. Estetoscopio. |
| 1. Otoscopio. |
| 1. Termómetro. |
| 1. Balanza con tallímetro. |
| 1. Linterna. |
| 1. Baja lenguas. |
| 1. Lavamanos. |
| 1. Dispensador de jabón líquido. |
| 1. Dispensador de toallas de papel. |
| 1. Dispensador de alcohol líquido. |
| 1. Basurero según normas de bioseguridad. |
| 1. La puerta del consultorio debe contar con sistema de cierre por dentro o llave de la puerta. |
| 1. El consultorio de pediatría debe tener equipos biomédicos de uso pediátrico (estetoscopio pediátrico y neonatal, tensiómetro, oxímetro, etc.). |
| 1. Equipo para monitoreo y examen gineco obstétrico |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **B.7. ÁREA DE REANIMACIÓN EN EMERGENCIA CONVENCIONAL O DE SHOCK TRAUMA** |
| Una sala amplia para Reanimación con divisiones con cortinas para 1 a 2 pacientes, con las siguientes características: |
| 1. Lámpara cialítica con luz led portátil. |
| 1. Set de drenaje torácico adulto y pediátrico (sujetos a reposición o pago por la CSBP). |
| 1. Férulas de inmovilización inflables para adultos y niños. |
| 1. Inmovilizadores cervicales tipo minerva para adultos y niños (pediátricos) con insumos, sujetos a reposición o pago por la CSBP. |
| 1. Cardio desfibrilador en perfecto estado de funcionamiento, con su recipiente con gel, para adultos y niños. En caso de fallas del equipo este debe ser sustituido de inmediato. |
| 1. Electrocardiógrafo (más insumos que necesite para realizarse el estudio) en perfecto estado de funcionamiento. |
| 1. Negatoscopio. |
| 1. Oxímetro de pulso adulto y pediátrico. |
| 1. Tensiómetros manuales para adultos y niños. |
| 1. Linternas para exámenes. |
| 1. Oto – Oftalmoscopio. |
| 1. Faja compresora de pelvis. |
| 1. Dos Monitores multiparámetro (CARDIACO) para el servicio de reanimación. |
| 1. Tabla de paro para reanimación. |
| 1. Tabla espinal de transporte corta y larga. |
| 1. Material necesario de resucitación cardiopulmonar cerebral: AMBU adulto, pediátrico y neonatal, guías de intubación de diferentes tamaños y calibres, guía de intubación bougie, laringoscopio adulto, pediátrico y neonatal en buen estado y funcionamiento. |
| 1. Video laringoscopio para vía aérea difícil (no excluyente). |
| 1. Tubo orotraqueales adultos, pediátricos y neonatales (a reposición por el convocante). |
| 1. Dos cajas de cirugía menor para curación y suturas. |
| 1. Ropa estéril para procedimientos. |
| 1. Glucómetro más cintas (sujeto a reposición por la CSBP). |
| 1. Equipo de ropa estéril y material de cirugía menor. |
| 1. Tres camillas de transporte. |
| 1. Cuatro soportes de suero. |
| 1. Cuatro bombas de infusión continúa. |
| 1. Gradillas. |
| 1. Un ventilador mecánico. |
| 1. Un Ecógrafo portátil. |
| 1. Eco Doppler fetal (para fetocardia). |
| 1. Monitor fetal más papel. |
| 1. Una Manta térmica. |
| 1. Set de traqueostomía percutánea. |
| 1. Venoscopio. |
| 1. Set para colocación de vía intraósea. |
| 1. Mascarilla laríngea. |
| 1. Marcapaso transitorio (electrodos, generador, cable, batería). |
| 1. Vitrina para medicamentos e insumos. |
| 1. Lavamanos. |
| 1. Silla giratoria. |
| 1. Baño higiénico dotado de jabón líquido, papel higiénico, toallas de papel. |
| 1. Dispensadores de alcohol líquido en spray. |
| 1. Aire acondicionado frío/calor en perfecto funcionamiento. |
| 1. Escritorio con silla para personal de enfermería y médico. |
| 1. Computadora completa (Monitor, CPU, Mouse, Teclado, lector de CDs) e Impresora en buen estado y funcionamiento. |
| 1. Mesa para preparación de medicamentos. |
| 1. Dos mesas de mayo. |
| 1. Reloj de pared. |
| 1. Microondas opcional |
| 1. Teléfono interno. |
| 1. Aspiración y oxigeno central o portátil con su respectivo flujómetro o manómetro. |
| 1. Carro de curaciones con antisépticos, cajas de curaciones, retiro de puntos, Micropore, guantes estériles y de procedimientos, láminas de bisturí, tira de gasa para sujetar tubo. Estos productos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. |
| 1. Carro de paro |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad y ambiente para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **B.8. ÁREA DE OBSERVACIÓN EN EMERGENCIA CONVENCIONAL** |
| Una sala amplia con cortinas divisorias para ocho camillas hospitalarias y dos camillas portátiles con las siguientes características: |
| 1. Aire acondicionado frío/calor con control en perfecto estado de funcionamiento. |
| 1. Dos computadoras completas (Monitor, CPU, Mouse, Teclado, lector de CDs) e Impresoras en buen estado y funcionamiento. |
| 1. Baño para personal y pacientes. |
| 1. Dispensador de agua con vasos desechables. |
| 1. Mesa para preparación de medicamentos. |
| 1. Ocho camillas fijas. |
| 1. Dos camillas de transporte. |
| 1. Oxigeno central y portátil para eventualidades con sus respectivos flujómetros. |
| 1. Aspirador central y portátil para eventualidades con manómetros. |
| 1. Una cizalla separadora de yesos. |
| 1. Una sierra eléctrica para yesos. |
| 1. Tijera para yesos. |
| 1. Material para retiro de sutura metálica (grapas). |
| 1. Pinza para retiro de cuerpo extraño (pinza cocodrilo o Hartmann). |
| 1. Carro de curaciones con antisépticos, cajas de curaciones, retiro de puntos, Micropore, guantes estériles y de procedimientos, láminas de bisturí. Estos productos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. |
| 1. Cuatro bombas de infusión continúa. |
| 1. Equipo de cirugía menor suficiente para procedimientos de emergencia. |
| 1. Electrocardiógrafo (más insumos que necesite para realizarse el estudio) en perfecto estado de funcionamiento. |
| 1. Negatoscopio. |
| 1. Diez soportes de suero. |
| 1. Un Monitor multiparámetro (CARDIACO). |
| 1. Glucómetro con glucocintas, sujeto a reposición por la CSBP. |
| 1. Dos Sillas de ruedas. |
| 1. Mesón o escritorio para central de enfermería con sus respectivas sillas. |
| 1. Puntos de conexión a red. |
| 1. Vitrina para medicamentos e insumos. |
| 1. Teléfono interno. |
| 1. Dispensador de alcohol liquido en spray. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad y el ambiente para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **B.9. SALA DE CURACIÓN, INYECTABLE Y NEBULIZACIÓN CONVENCIONAL.** |
| Un ambiente climatizado de acuerdo a normas de bioseguridad, junto a la sala de emergencia con las siguientes características: |
| 1. Área para nebulización con oxígeno central o portátil. |
| 1. Dos sillas cómodas para realizar nebulizaciones. |
| 1. Los medicamentos para nebulización serán proporcionados por la CSBP.///yuuuuuuuuu |
| 1. Camilla Fija y/o cama regulable. |
| 1. Lámpara Cialítica con luz led portátil. |
| 1. Porta suero. |
| 1. Carro de curaciones con antisépticos, seis cajas de curación, dos cajas de retiro de puntos, Micropore, guantes estériles y guantes de procedimiento, láminas de bisturí, barbijo, gasas, apósitos, tira de gasas para taponamiento nasal. Estos productos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. |
| 1. Material para retiro de sutura metálica (grapas). Sierra para yesos. |
| 1. Aire acondicionado en buen estado de funcionamiento más control remoto. |
| 1. Silla con sujetador para brazo. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). |
| **C. QUIRÓFANO** |
| **C.1. QUIRÓFANO ASÉPTICO** |
| El Proponente debe proporcionar dos quirófanos exclusivos para el uso de la CSBP que cumplan con todas las normas de bioseguridad incluyendo derecho de quirófano, instrumentación y recuperación. |
| Se requiere lo siguiente: |
| 1. Un quirófano con normas de bioseguridad para la CSBP a disposición las 24 horas día |
| 1. Un quirófano con normas de bioseguridad para la CSBP a disposición 12 horas día de lunes a viernes |
| 1. Debe proveer todos Insumos necesarios (guantes quirúrgicos, guantes de procedimientos, gorros desechables y batas desechables, gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (povidine tópico, jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada, clorhexidina), Micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. |
| 1. Ambientes climatizados según normas de bioseguridad |
| 1. Esterilización ambiental adecuada con normas de bioseguridad |
| 1. Vitrina para almacenamiento de material (en su mayoría de acero inoxidable) de uso exclusivo para la CSBP. |
| 1. Equipo y máquina de anestesia completo para adultos y niños, equipados con laringoscopio neonatal, pediátrico y de adultos, con monitor cardiorrespiratorio multiparamétrico para cirugía de alta complejidad. |
| 1. Lámpara cialítica de techo. |
| 1. Materiales para todo tipo de anestesia |
| 1. Instrumental para cirugías de alta complejidad a requerimiento del especialista (otorrinolaringología, urología, neurocirugía, traumatología, cirugía cardiotorácica (circulación extracorpórea), coloproctología, cirugía maxilofacial y cirugía general), en consenso con la CSBP. |
| 1. Carro de paro completo con insumos, los mismos que serán a reposición por la CSBP. |
| 1. Microscopio para cirugías neurológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas, equipo de circulación extracorpórea para cirugía cardiovascular y/o de alta especialidad. |
| 1. Craneotomo para cirugías Neurológicas. |
| 1. Bisturí armónico, a provisionar en consenso con la CSBP |
| 1. Liga Sure, a provisionar en consenso con la CSBP |
| 1. Torre de laparoscopía completa para procedimientos de cirugía general, traumatológica, urológica y ginecológica en perfecto estado de funcionamiento. |
| 1. Artroscopio a requerimiento |
| 1. Cajas de cirugía mayor, mediana y menor suficientes, para todas las especialidades. El instrumental debe ser de primera calidad y encontrarse en perfecto estado. |
| 1. Sondas y catéteres especiales para exploración de vías biliares, urológicas, con cargo a reposición por la CSBP. Además, drenaje tubular de caucho. |
| 1. Rectosigmoidoscopio rígido. |
| 1. Mesa quirúrgica ortopédica multifuncional hidráulica. |
| 1. Posicionadores de cadera, pierneras, braceras, soporte lumbar, dorsal y pélvico para distintas posiciones quirúrgicas. |
| 1. Aditamento de tracción para fracturas de cadera. |
| 1. Cojines, almohadillas, cabeceras y protectores para posicionar adecuadamente al paciente para cirugía. |
| 1. Manguito de isquemia con brazaletes para miembro inferior y superior. |
| 1. Posicionador en silla de playa para cirugía ortopédica de hombro. |
| 1. Soporte y tracción para brazo en posición de silla de playa y en decúbito lateral. |
| 1. Caja de instrumental de apoyo para procedimientos traumatológicos y ortopédicos. |
| 1. Equipo de rayos X portátil. |
| 1. Dos bombas de infusión suficientes para administración de medicamentos de uso exclusivo para CSBP. |
| 1. Aspirador central o portátil. |
| 1. Cardiodesfibrilador en área conjunta al quirófano y de fácil acceso. |
| 1. Electro bisturí bipolar con accesorios a reposición por la CSBP. |
| 1. Electro bisturí mono polar en excelente estado con accesorios a reposición por la CSBP. |
| 1. Negatoscopio de 2 cuerpos. |
| 1. Stock de medicamentos suficientes para eventualidades intraoperatorias, con cargo por la CSBP. |
| 1. Aire comprimido. |
| 1. Oxígeno y aspiración central en el quirófano. |
| 1. Oxígeno y aspiración portátil para eventualidades. |
| 1. Ropa de quirófano y batas estériles de diferentes tallas para todo tipo de cirugías a cargo del proponente. |
| 1. Áreas auxiliares de quirófano y vestuario médico, con ambientes confortables y baño. |
| 1. Ambiente para elaboración de documentos y protocolo operatorio. |
| 1. Video Laringoscopio para vía aérea compleja, a provisionar en consenso con la CSBP |
| 1. Equipo de ecografía portátil a solicitud de nuestros especialistas. |
| 1. Arco en C, con tarjetas de mantenimiento preventivo en el que se consigne fecha del proceso. Disponible de forma inmediata ante la solicitud para uso en traumatología (adulto y pediátrico), neurología, urología y cirugía general, en caso de emergencia. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Entrega a Bioestadística de la CSBP. vía gerencia medica de informes mensuales hasta el 5 de cada mes de los pacientes, procedimientos, tipo de cirugía, médico que realiza los procedimientos. |
| 1. Aspirador ultrasónico (no excluyente). |
| 1. Neuromonitoreo (no excluyente) |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). |
| **C.2. QUIRÓFANO OPCIONAL** |
| Ambiente que puede ser utilizado ante cualquier eventualidad por la CSBP |
| 1. El proponente debe proveer todos Insumos necesarios (guantes quirúrgicos, guantes de procedimientos, gorros y batas, gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (povidine tópico, jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada), micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. |
| 1. Un quirófano con normas de bioseguridad para la CSBP a disposición las 24 horas día, mismo que será utilizado en caso de que los quirófanos solicitados en el **punto C.1** no se encuentren disponibles. |
| 1. Debe proveer todos Insumos necesarios (guantes quirúrgicos, guantes de procedimientos, gorros y batas, y gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (povidine tópico, jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada, clorhexidina), micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. |
| 1. Ambientes climatizados según normas de bioseguridad |
| 1. Esterilización ambiental adecuada con normas de bioseguridad |
| 1. Vitrina para almacenamiento de material (en su mayoría de acero inxodable) de uso exclusivo para la CSBP |
| 1. Equipo y máquina de anestesia completo para adultos y niños, equipados con laringoscopio neonatal, pediátrico y de adultos, con monitor cardiorrespiratorio multiparamétrico para cirugía de alta complejidad. |
| 1. Lámpara cialítica de techo. |
| 1. Materiales para todo tipo de anestesia |
| 1. Instrumental para cirugías de alta complejidad a requerimiento del especialista (otorrinolaringología, urología, neurocirugía, traumatología, cirugía cardiotorácica, coloproctología, cirugía maxilofacial y cirugía general). |
| 1. Carro de paro |
| 1. Microscopio para cirugías neurológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas y/o de alta especialidad. |
| 1. Craneotomo para cirugías Neurológicas. |
| 1. Bisturí armónico. |
| 1. Liga Sure. |
| 1. Torre de laparoscopía completa para procedimientos de cirugía general, traumatológica, urológica y ginecológica en perfecto estado de funcionamiento. |
| 1. Artroscopio a requerimiento |
| 1. Cajas de cirugía mayor, mediana y menor suficientes, para todas las especialidades. El instrumental debe ser de primera calidad y encontrarse en perfecto estado. |
| 1. Sondas y catéteres especiales para exploración de vías biliares, urológicas, con cargo a reposición por la CSBP. Además, drenaje tubular de caucho. |
| 1. Rectosigmoidoscopio rígido. |
| 1. Mesa quirúrgica ortopédica multifuncional hidráulica. |
| 1. Posicionadores de cadera, pierneras, braceras, soporte lumbar, dorsal y pélvico para distintas posiciones quirúrgicas. |
| 1. Aditamento de tracción para fracturas de cadera. |
| 1. Cojines, almohadillas, cabeceras y protectores para posicionar adecuadamente al paciente para cirugía. |
| 1. Manguito de isquemia con brazaletes para miembro inferior y superior. |
| 1. Posicionador en silla de playa para cirugía ortopédica de hombro. |
| 1. Soporte y tracción para brazo en posición de silla de playa y en decúbito lateral. |
| 1. Caja de instrumental de apoyo para procedimientos traumatológicos y ortopédicos. |
| 1. Equipo de rayos X portátil. |
| 1. Dos bombas de infusión suficientes para administración de medicamentos de uso exclusivo para la CSBP. |
| 1. Aspirador central o portátil. |
| 1. Cardiodesfibrilador en área conjunta al quirófano y de fácil acceso. |
| 1. Electro bisturí bipolar con accesorios a reposición por la CSBP. |
| 1. Electro bisturí mono polar en excelente estado con accesorios a reposición por la CSBP. |
| 1. Negatoscopio de 2 cuerpos. |
| 1. Stock de medicamentos suficientes para eventualidades intraoperatorias, con cargo a la CSBP. |
| 1. Aire comprimido. |
| 1. Oxígeno y aspiración central en el quirófano. |
| 1. Oxígeno y aspiración portátil para eventualidades. |
| 1. Ropa de quirófano y batas estériles de diferentes tallas para todo tipo de cirugías a cargo del proponente. |
| 1. Áreas auxiliares de quirófano y vestuario médico, con ambientes confortables y baño. |
| 1. Ambiente para elaboración de documentos y protocolo operatorio. |
| 1. Video Laringoscopio para vía aérea compleja. |
| 1. Equipo de ecografía portátil a solicitud de nuestros especialistas. |
| 1. Arco en C, con tarjetas de mantenimiento preventivo en el que se consigne fecha del proceso. Disponible de forma inmediata ante la solicitud para uso en traumatología (adulto y pediátrico), neurología, urología y cirugía general. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad. |
| 1. Entrega a Bioestadística de la CSBP vía Jefatura médica, Coordinación de Clínica de informes mensuales hasta el 5 de cada mes de los pacientes, procedimientos, tipo de cirugía, médico que realiza los procedimientos. |
| 1. Aspirador ultrasónico (no excluyente). |
| 1. Neuro monitoreo (no excluyente) |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). |
| **C.3. SALA DE PARTO** |
| Ambiente climatizado según normas de bioseguridad, que deberá contar con: |
| 1. Oxigeno central o portátil |
| 1. Camilla ginecológica |
| 1. Taburete |
| 1. Lámpara cialítica |
| 1. Material e instrumental específico para parto eutócico, distócico y legrado |
| 1. Monitor cardiológico |
| 1. Oxímetro de pulso |
| 1. Carro de paro |
| 1. Stock de medicamentos para emergencia ginecobstetricia suficiente a reposición por la CSBP. |
| 1. Equipo de aspiración y sondas de aspiración suficientes |
| 1. Balanza neonatal |
| 1. Servo cuna |
| 1. Stock de medicamentos para recién nacido a reposición por la CSBP. |
| 1. Lámpara portátil de pie |
| 1. Equipo de reanimación neonatal |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **C.4. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN** |
| **C.4.1. SALA DE ESTERILIZACIÓN** |
| Servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles (ropa, gasas, apósitos y dispositivos biomédicos), equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores la Caja de Salud Banca Privadas (CSBP), con el fin de proveer un insumo seguro para ser usado con el paciente. |
| El Ambiente debe ser climatizado según normas de bioseguridad. Debe contar con un buen sistema de ventilación diseñado de manera que el aire fluya de las áreas limpias a las sucias y luego se libere al exterior o a un sistema de recirculación por filtro. No debe contar con ventiladores, pues generan gran turbulencia de polvo en el aire y también microorganismos que se proyectan desde el piso a las mesas de trabajo. |
| La sala de esterilización debe estar organizada de acuerdo a normas: |
| 1. Área de limpieza y descontaminación (área sucia) |
| 1. Área de acondicionamiento, empaquetamiento, preparación y esterilización del material (área limpia) |
| 1. Área de almacenado del material (área estéril) |
| 1. Además, debe existir adecuado control de la circulación. |
| **C.4.2. EQUIPAMIENTO E INSUMOS EN SALA DE ESTERILIZACIÓN** |
| Debe contar con: |
| 1. Un equipo de autoclave (calor húmedo) |
| 1. Un equipo de óxido de etileno |
| 1. Una selladora para óxido |
| 1. Equipo de esterilización de plasma de peróxido de hidrogeno (no excluyente) |
| 1. Incubadoras de Biológicos de lectura rápida, para Autoclave y para óxido de etileno |
| 1. Vitrinas para el almacenamiento de material /en su mayoría de acero inoxidable o metal |
| 1. Lavadora ultrasónica para el lavado de material delicado y de difícil lavado |
| 1. Mesas de metal para el preparado de material |
| 1. Cajas de instrumentales básicos por especialidad. |
| 1. Materiales para poder desarrollar la desinfección de alto nivel. (ej. palanganas) |
| 1. Una pistola de aire comprimido para el secado apropiado de material quirúrgico. |
| 1. Insumos de material blanco: |
| 1. Gasas quirúrgicas; gasas furacinadas; gasas corbatas, apósitos normales; apósitos circulares; lino 20, 50,100; cotonoides; compresas; torundas por el proponente para todos los servicios del la CSBP (emergencia, internación, uti adulto-pediatría) |
| 1. Biológicos e integradores de acuerdo a normas de bioseguridad |
| 1. Glutaraldehído a libre requerimiento para la desinfección de alto nivel de los instrumentos quirúrgicos que no pueden ser esterilizados en autoclave ni óxidos. |
| 1. Detergentes Enzimáticos a libre requerimiento para lavado de material quirúrgico. |
| 1. Amonio cuaternario, para desinfección de pisos y paredes, a libre demanda. |
| 1. Re-esterilización de material para uso de quirófano, emergencia, UTI, internación (manguera de aspiración tipo Kendall, mango de electrobisturí y otros), entrega del material re-esterilizado hasta el 5 de cada mes, al personal de farmacia de La csbp. bajo registro de entrega y recepción. |
| 1. Esterilización de material de curación de Emergencia de la CSBP. |
| 1. Entrega de informe mensual respecto al proceso de esterilización a las diferentes cajas de cirugías utilizadas por la CSBP, el cual debe ser entregado a Coordinación de emergencia y hospitalización del convocante hasta el 5 de cada mes. |
| **C.4.3. SALA DE RECUPERACIÓN** |
| De preferencia anexa a quirófano y terapia intensiva, que cuente con las siguientes características: |
| 1. 4 Camas ortopédicas de cinco movimientos, de acuerdo a requerimiento de la CSBP. |
| 1. Oxigeno central o portátil. |
| 1. Aspiración central o portátil. |
| 1. Oxímetro de pulso (adulto y pediátrico). |
| 1. Tensiómetro (adulto y pediátrico). |
| 1. Fonendoscopio |
| 1. Carro de paro con insumos; los insumos serán con cargo a reposición o pagos por la CSBP. |
| 1. Cardio desfibrilador (adulto y pediátrico). |
| 1. Monitor cardiaco multiparámetros. |
| 1. Médico responsable del área de recuperación a cargo del Proponente, debiendo adjuntar una copia de hoja de vida debidamente documentada. |
| **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). |
| **D. ESTUDIOS ESPECIALES** |
| Para los pacientes de la CSBP, de emergencias y hospitalizados (sala, UTI adulto-pediatría, neonatología, quirófano) que por indicación médica requieran estudios, el proponente debe proporcionar en forma oportuna las 24 hrs. del día, los 365 días del año y **sin costo adicional** los siguientes servicios **(se adjunta estadísticas anuales de uso)**: |
| 1. Todos los Eco-doppler fetales, miembros superiores e inferiores, vasos del cuello arteriales y venosos, de emergencia y de pacientes hospitalizados, solicitado por médico especialista gineco-obstetra, médico internista, médico de emergencias o de otra especialidad que así lo requiera, deben realizarse de forma oportuna de acuerdo a la gravedad del paciente. |
| 1. Todas las ecografías abdominales, ginecológicas, obstétricas, y las de otros sitios; de emergencia y para pacientes hospitalizados, con firma y sello del médico tratante. Deben realizarse de forma oportuna de acuerdo a la gravedad del paciente. |
| 1. Todos los servicios de Rayos “X” convencional, contrastados y portátil a pacientes hospitalizados y de emergencia. (El contraste será provisto por el Convocante), Con firma y sello del médico tratante. |
| 1. Todos los monitoreos fetales de emergencia y paciente hospitalizados con firma y sello del médico tratante. Deben realizarse de forma oportuna de acuerdo a la gravedad del paciente. |
| Los siguientes estudios deben ser otorgados por el Proponente bajo las siguientes características: |
| El Proponente debe prestar el servicio de Rayos “X” solicitadas a los pacientes de Emergencia e Internación, con Informe Médico del especialista en imagen, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud. ,  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 200 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 |
| El Proponente debe prestar el servicio de Tomografías y Angiotomografías solicitadas a los pacientes de Emergencia e Internación, con Informe Médico del especialista en imagen (el informe no debe exceder 12 horas posteriores a realizado el estudio), previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud.  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 50 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 |
| El Proponente debe prestar el servicio de Endoscopías altas y bajas solicitadas incluyendo retiro de material, cauterización con adrenalina (a reposición por el convocante), a los pacientes de Emergencia e Internación, a solicitud del médico especialista, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud).  La CSBP coordinará con el Proponente el horario en el cual se realizará el estudio en función a la disponibilidad de espacios del proponente.  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 10 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 |
| El Proponente debe otorgar los estudios de ecografías y ecografías Doppler color de corazón, a pacientes hospitalizados y de emergencia, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud).  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 160 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 |
| El Proponente debe otorgar los estudios de Resonancia Magnética a todos los pacientes de emergencias e internación que lo requieran, a través de la solicitud del especialista, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud)  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 10 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 |
| Cada resultado generado (tomografía, rayos x, ecografía, resonancia, etc.) debe se guardado en la base de datos de la CSBP como link de acceso, para guardar esta información es necesario la coordinación con el departamento de sistemas de la CSBP. y del proponente (web services) |
| **Nota:** Hasta el 05 de cada mes adjuntado a su solicitud de cobro debe incluirse de manera digital (en un medio de almacenamiento masivo: discos duros externos) las imágenes (tomografía, rayos x, ecografía, resonancia, etc.) que se realicen a nuestros asegurados ya sean de emergencia o hospitalización. |
| **E. SERVCIOS A CONSIDERAR** |
| Los servicios detallados a continuación deben estar incluidos dentro del servicio de Hospitalización, bajo las siguientes características: |
| **e.1. Seguridad:** Servicio de Vigilancia las 24 horas del día con personal de seguridad interno y personal de seguridad externo. |
| * El personal deberá contar con uniforme respectivo que permita su identificación |
| * Tomar en cuenta que dicho personal deberá estar capacitado procedimientos aplicables para todo tipo de riesgos, incidentes y contingencias. |
| **e.2. Limpieza:** Personal de limpieza en todas las áreas de servicio requerido. |
| * El servicio debe incluir material e insumos necesarios para realizar el servicio, sin excepciones. |
| * El personal deberá contar con uniforme respectivo que permita su identificación |
| * Tomar en cuenta que dicho personal deberá estar capacitado en: NORMAS DE LIMPIEZA Y MANEJO DE RESIDUOS. |
| ***NOTA:*** *El proponente adjudicado, debe garantizar el aseo de las piezas en forma continua, con provisión en los baños de toallas, papel higiénico, alcohol en gel y jabón líquido y los respectivos receptáculos de residuos, según normas de bioseguridad como ser sistema de uso de doble balde en los casos de manejo de residuos biológicos y rotación de las soluciones desinfectantes para pisos ambientes, equipos y así también cuando se proceda a una limpieza terminal y fumigación mensual para control de insectos y roedores. La clínica adjudicada deberá enviar un informe sobre el sistema de limpieza de manera mensual a la GESTION DE CALIDAD.* |
| **e.3. Lavandería y planchado: El servicio debe incluir personal, materiales e insumos que se requieran para su ejecución.** |
| * Las prendas que se deben considerar para este servicio son: Sábanas, Sabanillas, Batas de pacientes y otros. |
| * Las prendas hospitalarias deberán ser seleccionadas de acuerdo al tipo de manchas y con los detergentes necesarios para el desmanchado. |
| ***NOTA****: La dotación de Ropa de Cama correrá por parte del proponente, la misma debe ser suficiente para los pacientes y personal de turno del convocante, cambiada una vez por día como mínimo o las veces que sea necesario a indicación médica. Esta ropa debe ser de primera calidad y estar en buen estado de conservación e higiene.* |
| **e.4. Servicios Básicos:** El servicio de Hospitalización debe incluir los servicios de: luz, agua, agua tratada, y cableado estructurado independiente con conexión a tierra (para datos y telefonía). |
| **e.5. Servicio de perifoneo:** Las 24 hrs del día, para la localización de personal y familiares de los pacientes. |
| **e.6 Sistema de llamado de enfermería:** Que permita a los pacientes una fácil comunicacióncon el personal de enfermería en caso de emergencias. |
| **e.7. Servicio de alimentación:** |
| Los costos de alimentación deberán estar incluidos en los paquetes ofertados (según corresponda) |
| Los alimentos deben estar elaborados con normas de dieta hospitalaria, de acuerdo a las diferentes patologías y que cumplan las indicaciones médicas |
| Deben ser elaborados bajo la dirección de Nutricionista del Proponente, en coordinación con el servicio de nutrición (nutricionista de la C.S.B.P.) y la supervisora de enfermería de la C.S.B.P. |
| El proponente en coordinación con el Responsable de emergencia y hospitalización de la CSBP, deberá entregar un informe mensual sobre los planes de dieta para cada tipo de patología. |
| El servicio deberá incluir: |
| * Ración de desayuno, de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. |
| * Ración de sobrealimentación para cada paciente de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. |
| * Ración de almuerzo, de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. |
| * Ración de Té, de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. |
| * Ración de cena de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. |
| * Bebida (Jarra ½ litro).- refresco caseros hervidos o elaborados con agua hervida (endulzado con azúcar o estevia), de provisión permanente en la mañana. tarde y noche, por ningún motivo los pacientes podrán quedar desprovistos en ningún horario de esta ración |
| * Servicio de alimentación para personal de turno hospitalización: alimentación 24 horas de lunes a domingo al personal de emergencia (enfermería, médicos y farmacia), alimentación de 12 horas de lunes a domingo al médico de hospitalización. todo en coordinación con la responsable de Enfermería y el Coordinador de Emergencia y Hospitalización. |
| Debe incluir los tipos de dieta detallados a continuación: |
| 1. Corriente |
| 1. Blanda: |
| * 1. Blanca o sin residuo |
| * 1. Astringente |
| * 1. Blanda |
| * 1. Blanda hipo sódica – renal |
| * 1. Diabético |
| * 1. Hiperproteica |
| 1. Líquida 1 (mates: manzanilla) |
| 1. Liquida 2 (Desayuno y Te: Te con galletas; almuerzo y cena: Sopa Colada y gelatina) |
| 1. Papillas |
| 1. Licuadas |
| 1. Sondas |
| 1. Colación a pacientes diabéticos (Ensaladas de frutas, ensaladas de frutas con yogurt, leche fluida pasteurizada, entera o descremada, yogurt entero o dietético) |
| 1. Colación a Pacientes No Diabéticos (Ensaladas de frutas, ensaladas de frutas con yogurt, leche fluida pasteurizada, entera o descremada, yogurt entero o dietético gelatinas y galletas). |
| 1. Se debe presentar menú de una semana para pacientes con dieta vegetariana. |
| **e.8. OXIGENO:** El Proponente adjudicado debe garantizar el suministro de oxígeno para los pacientes internados que este sea suficiente según el requerimiento. |
| **F. LABORATORIO** |
| El proponente deberá otorgar un espacio físico para toma de muestras de Laboratorio, las cuales serán realizadas por personal de la CSBP |
| **G. RECURSOS HUMANOS** |
| El proponente debe proveer los siguientes RRHH para el funcionamiento y coordinación de los diferentes servicios contratados |
| Todo el personal de la empresa proponente debe coordinar con el personal de la CAJA DE SALUD BANCA PRIVADA |
| **G.1. LICENCIADAS EN ENFERMERIA, AUXILIARES DE ENFERMERÍA, CAMILLEROS Y PERSONAL PARAMEDICO** |
| Personal de enfermería (Licenciadas) para coordinación con Jefatura de Enfermería de la CSBP 24 horas |
| 1 enfermera por turno de 24 horas los 7 días de la semana para Terapia Intensiva Pediátrica. |
| El personal de enfermería estará supervisado por parte del Convocante. |
| **G.2. PERSONAL MÉDICO** |
| **G.2.1 U.T.I. PEDIÁTRICO** |
| El proponente debe contar con un Médico Pediatra Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica como Jefe del Servicio además de Médico Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica-Neonatología o Pediatra con experiencia acreditada en U.T.I. Pediátrica, para cubrir las 24 horas del día los 7 días de la semana. |
| **H. INFRAESTRUCTURA** |
| 1. Todos los ambientes para los servicios requeridos deben estar en buen estado de funcionamiento, higiene, limpieza, presentación, mantenimiento y conservación, ornamentación y adecuada luminosidad, ventilación y principalmente debe cumplir con todas las normas de bioseguridad. |
| 1. Debe contar con un máximo de 10 parqueos para vehículos del personal de turno en Emergencia, hospitalización y personal administrativo. |
| 1. Contar con instalación de Wi-Fi en todas las áreas de la clínica. |
| 1. Contar con dispensadores de agua (sifones) en todas las áreas, y lugares que no afecten la circulación. |
| 1. Basureros según normas de bioseguridad en todos los ambientes. |
| 1. Contar con dispensadores de alcohol liquido en spray en todos los ambientes. |
| 1. Mantenimiento continuo a aires acondicionados e instalaciones a ser utilizadas para garantizar su buen funcionamiento. |
| 1. Extintores en todos los ambientes donde no afecte la circulación. |
| 1. Contar con baños de fácil acceso en las áreas correspondientes. |
| 1. Contar con un espacio para Cafetería y/o Snack. |
| 1. El centro debe contar con Acceso para personas con capacidades limitadas |
| 1. El centro debe contar con Señalética Interna y externa |
| 1. El centro debe contar con número telefónico (para proveer a los pacientes como referencia o contacto) exponer números. |
| 1. Sistema de Vigilancia por cámaras |
| 1. Plan de Evacuación |
| **I.** **OTROS AMBIENTES Y SERVICIOS REQUERIDOS** |
| El Proponente adjudicado deberá proveer los siguientes servicios adicionales: |
| 1. Ambiente para instalación de servidores CSBP. |
| 1. Dos habitaciones para el personal del internado rotatorio dependiente de la CSBP. Esta habitación deberá contar con baño privado con jabón líquido, papel toalla, papel higiénico, aire acondicionado, televisor con tv cable, frigobar, 2 camas en buen estado por habitación, cambio de sabanas diario, basureros. |
| 1. Dos habitaciones para el personal médico interno de turno de la CSBP: Esta habitación deberá contar con baño privado con jabón líquido, papel toalla, papel higiénico, aire acondicionado, televisor con tv cable, frigobar, 2 camas en buen estado, cambio de sabanas diario, basureros. |
| 1. Vestidor área de descanso para el personal de enfermería de turno DE LA CSBP: Esta habitación debe estar cerca o continua al área de emergencia y contar con: aire acondicionado, televisor con tv cable, casilleros, mesa pequeña, frigobar, sofás grandes para descanso, baño privado con papel higiénico, papel toalla para manos, jabón líquido y dispensador de alcohol en spray. |
| **J. MEDICAMENTOS** |
| La CSBP proporcionará los medicamentos necesarios a la Emergencia de acuerdo al Listado Nacional de Medicamentos Esenciales LINAME vigente, para el tratamiento inicial de la patología. |
| En caso de internación, se recetará con en el respectivo recetario de hospitalización la cantidad de medicamentos que requiera el paciente para el día. TODOS ESTOS PROCESOS SERAN CONTROLADOS POR REGENCIA DE FARMACIA DE LA CSBP. |
| **K. UBICACIÓN** |
| El proponente debe especificar la dirección de sus instalaciones, y adjuntar ubicación en Google maps. |
| Debe ser de fácil acceso y contar con espacio para parqueo de vehículos |
| **L. REPORTE DE INFORMACIÓN** |
| Esta información debe ser entregada en medio magnético y físico, adjunto a la factura hasta el día 5 del mes siguiente. |
| La clínica adjudicada deberá remitir los siguientes informes: |
| Debe entregar mensualmente el resumen de la información estadística de todas las prestaciones médicas realizadas a los pacientes en Emergencia, Internación, UTI y quirófano de todos los servicios que presta a la CSBP. |
| El proponente deberá presentar los siguientes formularios |
| **M.1 UNIDAD DE SERVICIO** |
| 1. Internación (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología), quirófano, UTI, UTI pediátrica, UTI neonatal, Neonatología |
| 1. El proponente adjudicado debe seguir de manera estricta las normas de bioseguridad y control de infección hospitalaria, manejo de residuos sólidos y líquidos, debiendo informar en forma mensual a la Jefatura Médica de la CSBP. El informe con sello de recepción de la Jefatura Médica y Coordinación de Clínica se deberá adjuntar a la factura del mes correspondiente |
| 1. Un informe mensual sobre los planes de dieta para cada tipo de patología, la cual deberá ser entregada a coordinación de clínica. |
| 1. Informe mensual respecto al proceso de esterilización a las diferentes cajas de cirugías utilizadas por la CSBP, el cual debe ser entregado a coordinación de clínica hasta el 5 de cada mes. |
| **N. CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO** |
| La calidad de atención que el personal del Proponente que ofrezca a los asegurados del Convocante, será evaluado, a través de indicadores de seguridad de la atención y satisfacción del usuario (Mensualmente).  Si estos indicadores fueran negativos el convocante, podrá solicitar el cambio del personal que haya resultada mal calificado. |
| **N.1. INDICADORES DE INFRAESTRUCTURA** |
| Proporcionará todos los espacios físicos que se están contratando, como: |
| Salas de internación, emergencias, observación y sala de reanimación, quirófanos, UTI Adultos y Pediátrico, salas de recuperación anestésica, entre otros cuyo estado de la infraestructura (pisos, paredes, cielos rasos y techos) deben estar limpios, con pintura indemne, sin goteras ni resquebrajamientos, excelentes instalaciones de todos los servicios básicos funcionando perfectamente. |
| Con depósitos intermedios y finales para residuos sólidos en el marco de las normas. |
| Los Recursos Humanos de las diferentes áreas que se están terciarizando, deben estar graficadas en un organigrama actualizado del establecimiento, los funcionarios deben ejercer el cargo con el perfil adecuado para el mismo y ser capacitados permanentemente en relaciones humanas, calidad de atención, servicio de excelencia al cliente, trabajo en equipo, normas legales vigentes como la Ley 1178, Ley 3131, PRONACS, entre otros aspectos relacionados con la calidad de atención que debe ofertarse a nuestros asegurados. |
| **N.2. INDICADORES DE PROCESO** |
| Serán medidos a través de indicadores establecidos en las normas y los manuales de procesos y procedimientos del establecimiento, como en términos de Fiabilidad [1], Seguridad [2], Capacidad de Respuesta [3], Empatía [4] y Apariencia [5] |
| * Seguridad de las instalaciones: Así mismo se medirá el cumplimiento de las normas de bioseguridad y seguridad de las instalaciones hospitalarias en el marco de las normas. |
| * El equipamiento, los materiales e insumos deben estar en excelentes condiciones de funcionamiento y tener el mantenimiento operativo, preventivo y correctivo, adecuados, cumpliendo un Plan de Mantenimiento que el administrador del Proponente debe supervisar, para que los procesos se desarrollen de la forma adecuada. |
| **N.3. INDICADORES DE RESULTADO** |
| Tanto el Proponente como el convocante, como mínimo trimestralmente, realizarán encuestas de satisfacción a los usuarios (clientes externos e internos), con preguntas relacionadas con la calidad de atención, en las diferentes áreas de los servicios tercerizados. Los resultados serán presentados acompañados de los resultados de las encuestas y la sistematización de las mismas. |
| **N.4. INFORME DE FISCALIZACIÓN – SUPERVISIÓN DE CALIDAD** |
| El convocante designará un coordinador, que mensualmente realizará la supervisión y fiscalización de los servicios e informará a las autoridades de Administración Regional del Convocante, previa cancelación de la factura enviada por el Proponente. |
| El Proponente debe designar un funcionario que debe enviar nombre, correo, teléfono de contacto que sea utilizado las 24 horas para que supervise que los servicios se estén brindando con la más alta calidad, debiendo enviar un informe mensual a la CSBP hasta cada tres (03) del mes siguiente, sin necesidad de requerimiento. Este informe será verificado y contrastado con el informe del Coordinador de la CSBP. |
| **B. EQUIPOS MÉDICOS** |
| El Proponente adjudicado deberá proveer los equipos sin costo adicional a la CSBP (de acuerdo al área de internación) |
| Los equipos asignados deben estar en perfecto estado de funcionamiento. |
| El proponente debe garantizar con personal de mantenimiento el adecuado funcionamiento, evitando cualquier daño a los pacientes o inconvenientes al momento de su utilización. |
| Deberá proceder a la sustitución inmediata en caso de requerimiento justificado, con equipos que deben existir en reserva para eventualidades. |
| Debe contar con un generador de energía eléctrica para casos de corte del suministro de energía del sistema público. |
| Caso de contar con plan de mantenimiento preventivo y correctivo deberá hacer llegar una fotocopia a Jefatura Medica Regional |
| **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERSONAL** |
| **A. PERSONAL** |
| 1. **Médico Pediatra Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica** |
| Para **JEFE DE SERVICIO**, deberá contar con la siguiente documentación: |
| * Adjuntar Hoja de Vida y fotocopia simple de la documentación de respaldo |
| * Registro en el colegio profesional que corresponde |
| * Título en provisión nacional |
| * Matricula profesional |
| * Título de Especialidad |
| **Experiencia General.** Se requiere al menos dos años de experiencia general. |
| **Experiencia Específica.** Se requiere al menos dos años de experiencia en la realización del servicio solicitado (documentado) con experiencia acreditada en U.T.I. Pediátrica |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |
| **A. PLAZO** |
| La contratación del servicio será por 2 años a partir de la emisión de la Orden de Proceder emitida por la CSBP; tomando en cuenta que el servicio debe ser iniciado en la Gestión 2025, por lo que el proponente deberá indicar en este punto, a partir de que fecha de la gestión 2025 tienen la disponibilidad para la prestación del servicio**.** |
| **B. GARANTIAS** |
| Seriedad de propuesta |
| Cumplimiento de Contrato |
| **C. RÉGIMEN DE MULTAS** |
| LaCSBP ante el incumplimiento de las obligaciones asumidas aplicará una multa equivalente al tres por ciento (3%) del monto total mensual a pagar, esta multa será deducida del pago mensual correspondiente. La Multa se aplicará por cada evento de incumplimiento. |
| **D. PERSONAL DE CONTACTO** |
| Persona(s) de contacto entre la CSBP y el proveedor del servicio requerido:  Especificar persona (s) de contacto (Nro. de teléfono celular) |
| **E. FORMA DE PAGO** |
| La forma de pago será previa presentación de la **pre-liquidación** y el Informe mensual, de los servicios en atención convencional hasta el 5 del mes siguiente por el Proponente, además, se adjuntará el informe de los servicios excedentes. |
| De no existir ninguna observación que requiera información complementaria, la CSBP solicitara que el proponente adjudicado haga llegar la correspondiente Factura a la Unidad de Contabilidad calle Eucalipto Oficinas Administrativas razón social: Caja de Salud Banca Privada Nit: 1020536028, (La CSBP tiene un plazo de 10 días calendario para dar conformidad a la pre- liquidación y documentos adjuntos) |
| **DOCUMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y REPORTE DE LA INFORMACIÓN** |
| El Proponente debe entregar al convocante un resumen de la información estadística de todas las prestaciones médicas y de procedimientos de enfermería realizadas a los pacientes de emergencias e internación, en forma detallada y por especialidad, mensualmente en medio magnético y físico, adjunto a la factura hasta el día 5 del mes siguiente. |
| Se procederá a la recepción del informe resumido con las estadísticas requeridas y se cancelará el mismo posterior al informe de conformidad del Coordinador de Emergencia y Hospitalización y/o del JEFE MEDICO REGIONAL. |
| Si la CSBP requiere información adicional respecto a los servicios prestados por el Proponente, este deberá ser proporcionado en un plazo máximo de 72 horas, ante la solicitud escrita o verbal por el Coordinador de Emergencia y Hospitalización y/o del JEFE MEDICO REGIONAL. |
| **PAGOS ADICIONALES (EXCEDENTES)** |
| Por cada día cama en sala de internación que hubiera excedido de las contratadas, se cancelará el importe fijo acordado, en cualquier servicio en el que el paciente esté internado, a excepción de la U.T.I, debiendo recibir todos los servicios que requiere, incluyendo todos los estudios y procedimientos contemplados en las presentes especificaciones técnicas. |
| Para el pago de la misma, el Proponente deberá presentar una planilla de ocupación hospitalaria mensual. Se considerará día cama ocupado en los siguientes casos: |
| * Si el paciente es dado de alta en camas excedentes según epicrisis después de horas 13:00 |
| * Si el paciente pasa del servicio de pieza a U.T.I. excedente después de horas 13:00, se considerará como día en pieza. |
| * Una vez el paciente sea dado de alta por epicrisis en cama excedente, la persona tiene hasta las 14:00 para abandonar la pieza, si permanece por más tiempo, se considerará como día cama ocupada. |
| Se cancelará el costo adicional por día cama de U.T.I. adulto convencional, U.T.I. pediátrico y Neonatal que hubiera excedido las contratadas, debiendo recibir todos los servicios que requiere, incluyendo todos los estudios y procedimientos contemplados en las presentes especificaciones técnicas. |
| Para el pago de la misma, el Proponente deberá presentar una planilla de ocupación hospitalaria U.T.I. mensual. Se considerará día U.T.I. ocupado en los siguientes casos: |
| * Si el paciente es dado de alta en cama excedente de U.T.I. según indicación y/o evolución después de horas 13:00. |
| * Una vez el paciente sea dado de alta, cama excedente la persona tiene hasta las 14:00 para abandonar la U.T.I., si permanece por más tiempo, se considerará como día U.T.I. ocupada. |
| Por cada día cama en neonatología que hubiera excedido de las contratadas al mes se cancelará el monto fijo acordado |
| Para el pago de la misma, el Proponente deberá presentar una planilla de ocupación hospitalaria mensual. Se considerará día cama neonatología ocupada en los siguientes casos: |
| * Si el neonato es dado de alta en cama excedente, según epicrisis después de horas 13:00 |
| * Si el neonato pasa del servicio de pieza a U.T.I.N o Neonatología después de horas 13:00, se considerará como día en pieza neonatológica. |
| * Una vez el neonato sea dado de alta por epicrisis, cama excedente el paciente tiene hasta las 14:00 para abandonar la pieza, si permanece por más tiempo, se considerará como día cama ocupada. |
| El cobro de laboratorios en emergencia y hospitalización deberá contar con la documentación de respaldo (planilla impresa y digital, órdenes con firma del médico tratante y resultados verificables). |
| El cobro de tomografías, resonancias magnéticas, y otros estudios utilizados en emergencia y hospitalización deberá contar con la documentación de respaldo (planilla impresa y digital, órdenes con firma del médico tratante y resultados verificables). |

**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 PROPONENTE  IDENTIFICACION 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-IP-004-2024 SERVICIO DE HOSPITALIZACION**

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 N° 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** |  |
| |  | | --- | | **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | | **I. DETALLE DEL SERVICIO** | | **SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN** | | **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** | | **A. REQUISITOS DEL SERVICIO** | | El proponente debe cumplir con todas las características y términos de referencia detalladas a continuación, garantizando sobre todo la calidad del servicio y la dotación adecuada de equipamiento, instrumental y personal profesional. | | **A.1 HOTELERIA** | | **A.1.1 PIEZAS CONVENCIONALES** | | La Clínica a contratar debe garantizar un área de uso exclusivo para la CSBP. Brindando el servicio de internación, con un mínimo de 45 camas, en habitaciones simples. | | El requerimiento para el servicio de hospitalización en pieza convencional tiene un límite de 45 camas por día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. | | Una vez excedidos los 45 usos de camas al día, el convocante pagará por la cama adicional un precio referencial de **Bs. 550** por día. | | Se considerará el alta hospitalaria según protocolos de la CSBP para los días cama excedentes según epicrisis. | | Cada pieza debe contar con el siguiente equipamiento e insumo: | | 1. Cama ortopédica de 5 movimientos y colchón anti escara, a requerimiento para el paciente (el colchón anti escara es NO EXCLUYENTE). | | 1. Cama de acompañante o sofá cama . Los gastos incurridos por los acompañantes de los asegurados a la CSBP, correrán por cuenta del acompañante y no así de la CSBP. | | 1. Una mesa veladora. | | 1. Una lámpara de noche. | | 1. Silla individual de buena calidad para el paciente. | | 1. Gradilla. | | 1. Soporte para suero. | | 1. Un ropero. | | 1. Una mesa móvil para alimentación. | | 1. Baño privado en cada pieza con pasamanos de seguridad. | | 1. Ducha con agua fría y caliente. | | 1. Jabón líquido. | | 1. Dispensadores de papel. | | 1. Dispensador de alcohol en gel. | | 1. Papel higiénico. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Una toalla para manos y otra para el cuerpo. | | 1. Aire acondicionado con control remoto. | | 1. Frigo bar. | | 1. Tv cable con control remoto. | | 1. Timbre enfermería. | | 1. Wifi. | | 1. Teléfono, el llamado a los médicos correrá por parte de la clínica. | | 1. Colchón de agua y/o aire a disposición según requerimiento médico. | | 1. Ropa de cama suficiente para recambio diario, de primera calidad y en buen estado. | | 1. Marquesina (Identificación del paciente en lugar visible dentro de la pieza, debe tener los siguientes datos: nombre completo, edad, fecha de ingreso, médico o especialidad que hace seguimiento al paciente). | | 1. Bombas de infusión continúa. | | 1. Monitor multiparamétrico. A requerimiento médico. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (asegurados, médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **A.1.2. SALA NEONATAL** | | El proponente debe contar con **mínimo 4 cunas individuales** al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional) para pacientes que requieren internación. | | El proponente debe garantizar un ambiente que esté próximo o anexo a quirófano y sala de parto para brindar el servicio de neonatología, con un requerimiento de 4 usos de cuna durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. | | Una vez excedidos los 4 usos de cuna durante el día, el convocante pagará por la cuna adicional un precio referencial de **Bs. 550** por día. | | NO se considerará como hospitalización neonatal el alojamiento conjunto de los recién nacidos. | | El ambiente requerido debe contar con el siguiente material y equipamiento: | | 1. Equipos de Luminoterapia. | | 1. Halo cefálico. | | 1. Incubadoras completas. | | 1. Incubadora de transporte. | | 1. Carro de paro para resucitación neonatal completo con insumos; los insumos a reposición por el CSBP. | | 1. Respirador neonatal, sus accesorios a reposición por el CSBP. | | 1. Ropa suficiente para visitante. | | 1. Servo cuna. | | 1. Oxigeno portátil. | | 1. Oxigeno central con flujómetro. | | 1. Aspiración portátil o central con manómetro. | | 1. Cunas para recién nacidos. | | 1. Balanza y tallímetro neonatal. | | 1. Oxímetro de pulso neonatal. | | 1. Sistema especial para lavado de manos según normas de bioseguridad. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Frigo bar. | | 1. Esterilizador de mamaderas. | | 1. Microondas. | | 1. Sillón para lactancia materna. | | 1. Aire acondicionado frio/calor en buen funcionamiento. | | 1. Baño higiénico privado con papel higiénico, jabón líquido, papel toalla. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **A.1.3 UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS (CONVENCIONAL)** | | El proponente deberá entregar un informe mensual de morbilidad-mortalidad (más ingresos y egresos) hasta el 5 de cada mes a Bioestadística de la CSBP. vía jefatura médica o Director de Hospitalización. | | El proponente debe contar con mínimo 4 Unidades de terapia intensiva al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional). | | El requerimiento para la Unidad de Terapia Intensiva Convencional tiene un límite de 4 usos de cama durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. | | Una vez excedidos los 4 usos de cama durante el día, el convocante pagará por la U.T.I. adicional un precio referencial de **Bs. 1.800** por día (Este importe incluye equipamiento médico y uso de cama). | | La sala de UTI debe estar provista de ambiente adecuado y climatizado según normas de bioseguridad, y deberá contar con el siguiente equipamiento: | | 1. Bombas de infusión suficientes para la administración de medicamentos a pacientes en estado crítico. | | 1. Camas ortopédicas de 5 movimientos y colchón anti escara para el paciente. | | 1. Mesas de mayo para cada unidad. | | 1. Aspiración central para cada unidad. | | 1. Oxigeno central para cada unidad. | | 1. Bigoteras y máscaras suficientes. | | 1. Electrocardiógrafo. | | 1. Oxímetro de pulso. | | 1. Cánulas de traqueostomía y tubos orotraqueales a reposición por el CSBP. | | 1. Equipos de oxígeno portátil. | | 1. Set completo de catéteres para control de presión arterial invasiva a reposición por LA CSBP. | | 1. Monitores multiparámetro con capnografia y presión invasiva. | | 1. Equipos de cirugía menor y campos estériles para realización de procedimientos. | | 1. Ropa suficiente y en buen estado para los cambios de la cama del paciente. | | 1. Soportes de suero. | | 1. Set de laringoscopio con distintos tamaños de laminas | | 1. Ropa suficiente para visitante. | | 1. Cardio desfibrilador. | | 1. Respiradores volumétricos suficientes | | 1. CPAP. | | 1. Equipos de asistencia respiratoria manual AMBU. | | 1. Carro de paro | | 1. Colchón de agua y/o aire a requerimiento médico. | | 1. Equipo de aspiración portátil. | | 1. Sistema especial de lavado de manos según normas de bioseguridad. | | 1. Tubo de oxígeno portátil. | | 1. Lámpara cialítica portátil de pie. | | 1. Ecógrafo portátil. | | 1. Marcapaso cardiológico transitorio a disposición inmediata (cable, electrodos, generador y batería). | | 1. Asistencia, control y seguimiento de ingresos y egresos durante el procedimiento de diálisis peritoneal (licenciada en Enfermería del proponente). | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **A.1.4. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA** | | El personal médico debe tener la capacitación suficiente para realizar actos médico – quirúrgicos, realizar interconsulta a pacientes internados a solicitud de médico tratante o en caso de urgencia por la Licenciada de enfermería además de estar al mando de un jefe de servicio, quien informará en forma oportuna a un familiar directo responsable (padre, madre o apoderado) sobre la evolución del paciente, requiriendo como mínimo un médico y una licenciada en enfermería con cobertura de 24 horas los 7 días de la semana | | El proponente debe contar con mínimo 1 Unidad de terapia intensiva al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional). | | El requerimiento para la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica tiene un límite de 1 uso de cama durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. | | Una vez excedido 1 uso de cama al día, el convocante pagará por la cama U.T.I.P. adicional un precio referencial de **Bs. 3.100** por día, este importe incluye, personal médico, licenciada en enfermería, equipamiento médico y uso de cama. | | El ambiente debe estar dotado de: | | 1. Aspiración central para cada unidad. | | 1. Bigoteras y máscaras suficientes. | | 1. Bomba de infusión continua suficiente para la administración de medicamentos, según normas. | | 1. Jeringas de infusión suficientes para la administración de medicamentos. | | 1. Una cama térmica infantil completa. | | 1. Set completo de catéteres para PVC. | | 1. Equipos de oxígeno portátil. | | 1. Equipos de cirugía menor. | | 1. Equipos de asistencia respiratoria manual AMBU. | | 1. Monitores multiparámetro suficientes para cada unidad. | | 1. Oxígeno central para cada unidad. | | 1. Respiradores de presión para las unidades, con sus respectivos accesorios para su funcionamiento. | | 1. Ropa suficiente para visitante. | | 1. Cardio desfibrilador. | | 1. Carro de paro | | 1. Laringoscopio con sus respectivas laminas pediátricas. | | 1. Equipo de aspiración portátil. | | 1. Sistema de lavado de manos según normas de bioseguridad. | | 1. Tubo de oxígeno para transporte con sus accesorios. | | 1. Lámpara portátil de pie. | | 1. Vitrina para medicamentos de terapia intensiva pediátrica | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Rayos x portátil a criterio e informe médico | | 1. Ecografía portátil a criterio e informe médico | | 1. Colchón de agua y/o aire a disposición según requerimiento médico. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **A.1.5. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL** | | El requerimiento para la Unidad de Terapia Intensiva neonatal tiene un límite de 3 usos de INCUBADORA Y/O CUNA durante el día, mismas que pueden ser utilizadas por el convocante de acuerdo a necesidad diaria. | | El proponente debe contar con mínimo 3 Unidad de terapia intensiva al día (promedio de utilización diaria del convocante según bioestadística institucional). | | Una vez excedidos los 3 usos de INCUBADORA Y/O CUNA durante el día, el convocante pagará por la Incubadora y/o cuna adicional un precio referencial de **Bs. 1.800** por día, este importe incluye equipamiento médico. | | El ambiente debe estar dotado de: | | 1. Servo cuna. | | 1. Incubadora completa. | | 1. Incubadora de transporte. | | 1. Equipos de Luminoterapia. | | 1. Carro de paro | | 1. Cardio desfibrilador pediátrico. | | 1. Ropas suficientes para v isitante | | 1. Sistema especial para lavado de manos según normas de bioseguridad. | | 1. Respirador neonatal | | 1. CIPAP. | | 1. Aspirador central o portátil. | | 1. Oxigeno central o portátil a criterio e informe médico | | 1. Aire comprimido medicinal. | | 1. Equipos de asistencia respiratoria manual AMBU neonatal. | | 1. Set completo de catéteres para PVC. | | 1. Bigoteras y máscaras suficientes. | | 1. Equipo de cirugía menor (cateterización umbilical). | | 1. Bomba de infusión continua suficiente para la administración de medicamentos, según normas. | | 1. Jeringas de infusión suficientes para la administración de medicamentos. | | 1. Laringoscopio neonatal. | | 1. Monitor multiparámetro cardiaco incluido sensor pulsoxímetro. | | 1. Rayos x portátil. | | 1. Ecografía portátil. | | 1. Colchón de agua y/o aire a disposición según requerimiento médico. | | 1. Aire acondicionado frio/calor en buen funcionamiento. | | 1. Balanza y tallímetro neonatal. | | 1. Oxímetro de pulso neonatal. | | 1. Termómetro digital y mercurio. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). | | **A.2. ÁREA MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN** | | Para las áreas de hospitalización (Medicina interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía), se debe contar con el siguiente equipamiento y equipo: | | 1. Carro de curación con los Insumos necesarios como guantes quirúrgicos estériles, guantes de procedimientos, gorros y batas, barbijos, gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (clorhexidina jabonosa, alcohólica acuosa povidine tópico jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada), micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. | | 1. Ecógrafo portátil con los Insumos necesarios para su buen funcionamiento, a criterio e informe médico. | | 1. Oxígeno y aspiración central o portátil disponible para eventualidades, con su respectivo insumo para la utilización, los mismos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. | | 1. Carro de tratamiento para enfermería por área y Vitrina para custodia de insumos y medicamentos | | Ambiente en la central de enfermería que esté asignada para el trabajo continuo de los médicos del convocante, que debe contar con: | | 1. Espacio para la implementación del buzón de sugerencias para los asegurados. | | 1. Sifón de agua en el pasillo central de las piezas. | | 1. Espacio para la implementación de los equipos de computación. | | 1. Teléfono interno. | | 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento. | | 1. Lavamanos. | | 1. Dispensador de jabón líquido. | | 1. Dispensador de toallas de papel. | | 1. Dispensador de alcohol líquido. | | 1. Basurero según normas de bioseguridad. | | 1. Material de bioseguridad para los médicos del convocante (gorro, barbijo, bata, guantes de procedimiento, guantes estériles). | | 1. Wifi. | | 1. Cunas para alojamiento conjunto en área de Ginecología (1 por cama). | | 1. Equipos para Monitoreo y Examen Gineco Obstétrico | | **A.3. AMBIENTE PARA JUNTAS MÉDICAS (AUDITORIO) en coordinación con el proponente** | | Ambiente dotado de: | | 1. Mesa de reuniones. | | 1. Sillas (seis como mínimo). | | 1. Sifón de agua. | | 1. Negatoscopio. | | 1. Pizarra para información. | | 1. Aire acondicionado con control remoto | | 1. Área para la implementación de equipos de computación. | | 1. Puntos para toma de red de computación e internet. | | 1. Teléfono. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. El ambiente puede ser compartido, de preferencia exclusiva. | | 1. Wifi. | | 1. TV con entrada HDMI 60”, para presentaciones de casos clínicos. | | 1. Frigo bar. | | **A.4. AMBIENTE PARA PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN** | | Cinco ambientes para oficinas debidamente identificadas con las siguientes características: | | 1. Estantes de madera. | | 1. Aire acondicionado con control remoto en perfectas condiciones de funcionamiento. | | 1. Cinco puntos para toma de red de computación e internet. | | 1. Teléfono interno. | | 1. Baño higiénico privado dotado de jaboncillo líquido, papel higiénico, toallas de papel. | | 1. Wifi. | | 1. Sifones de agua en el pasillo de las oficinas administrativas. | | 1. Frigo bar. | | 1. Sofá grande. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | **A.5. AMBIENTE PARA FARMACIA** | | Tres Ambientes de acuerdo a normativa vigente del SEDES (dimensión mínima de 40m2), distancias entre farmacias dentro de la institución del proponente de 50 metros radiales, de las siguientes características: | | 1. Un ambiente principal donde estará la farmacia de 40m2 de dimensión más baño privado con ducha, dispensador de papel toalla, jabón líquido y papel higiénico. | | 1. Un ambiente para depósito de farmacia continúo al ambiente principal. | | 1. Un ambiente para descanso, continúo al ambiente principal. | | 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. | | 1. Punto de red para teléfono. | | 1. Dos Sillones ejecutivos. | | 1. Un sillón de descanso. | | 1. 3 puntos para toma de red de computación con acceso a internet banda ancha. | | 1. Wifi. | | 1. Basureros con normas de bioseguridad. | | 1. Extintor. | | 1. Dispensador de alcohol en spray en cada área. | | 1. Área de dispensación que cuente con un mesón o plataforma para atención y dispensación de la receta, con su respectiva ventana de vidrio, aplicando las medidas de bioseguridad. | | 1. Área de preparación de medicamentos mesón o plataforma dentro de la farmacia para la preparación diaria. | | 1. Deposito (área de almacenamiento) continuo a farmacia. | | 1. Área de refrigeración debe contar con tres puntos de corrientes para refrigerador para cadena de frio. | | **A.6. AMBIENTE PARA VIGENCIA DE DERECHO** | | Ubicado al ingreso de la clínica, próximo a recepción dotado de: | | 1. Mesón o plataforma para atención de asegurados. | | 1. Punto de red para conexión a internet en banda ancha. | | 1. Teléfono interno. | | 1. Área para disposición de equipos de computación. | | 1. Aire acondicionado. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Sillón ejecutivo. | | 1. Dispensador para alcohol en gel. | | **B. SERVICIO DE EMERGENCIA** | | **B.1. SERVICIO DE EMERGENCIA CONVENCIONAL** | | Ambientes necesarios con las siguientes características: | | **B.2. AMBIENTE PARA TRIAGE** | | Ambiente que debe estar ubicado próximo al área de emergencia | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). | | **B.3. AMBIENTE PARA VESTIDOR DE PERSONAL DE SALUD** | | Ambiente debe contar con: | | 1. Un ambiente amplio para vestuario del personal de enfermería y médico exclusivo de la CSBP. | | 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. | | 1. Baño higiénico dotado de jabón líquido, papel higiénico, toallas de papel. | | 1. Wifi. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Un sofá o sofá cama. | | 1. Frigo bar. | | 1. Seis casilleros. | | 1. Una mesa. | | **B.4. SALA DE ESPERA PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIA CONVENCIONAL** | | Con las siguientes características: | | 1. Un ambiente amplio de espera con el suficiente confort con dispensadores de alcohol en gel. | | 1. Aire acondicionado con control remoto. | | 1. Sillas de espera para pacientes (tres tándems de tres sillas cada uno). | | 1. Televisor en salas de espera. | | 1. Wifi. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Dispensador de agua con vasos desechables. | | **B.5. AMBIENTE PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES EN EMERGENCIA CONVENCIONAL.** | | Un ambiente para control de signos vitales con el siguiente equipamiento: | | 1. Silla con sujetador para brazo. | | 1. Escritorio. | | 1. Silla. | | 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. | | 1. Basurero según normas de bioseguridad. | | 1. Tensiómetro (pediátrico y adulto). | | 1. Estetoscopio (pediátrico y adulto). | | 1. Termómetro digital o infrarrojo. | | 1. Oxímetro de pulso (pediátrico y adulto). | | 1. Balanza con tallímetro (pediátrico y adulto). | | 1. Dispensador de alcohol en spray. | | 1. Punto de conexión a red de internet. | | 1. Puntos para instalación de equipos de computación. | | 1. Computadora más impresora (hojas para imprimir, tinta o tóner para impresora). | | 1. Teléfono interno. | | 1. Tablero informativo. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). | | **B.6. CONSULTORIOS MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA CONVENCIONAL.** | | Dos consultorios para uso exclusivo del convocante y dos para uso compartido, con buena iluminación y equipados cerca de las salas de observación y reanimación, para cada una de las especialidades básicas (Medicina Interna, Medicina General, Ginecología, Pediatría) de la CSBP, cada uno deberá contar con: | | 1. Escritorio. | | 1. Sillón ejecutivo cómodo y en buen estado. | | 1. Dos sillas para pacientes. | | 1. Camilla de examen físico. | | 1. Una Camilla ginecológica. | | 1. Aire acondicionado en buen funcionamiento con control remoto. | | 1. Wifi. | | 1. Instalación para línea telefónica más teléfono. | | 1. Punto de red para conexión a internet. | | 1. Puntos para instalación de equipos de computación. | | 1. Negatoscopio. | | 1. Tensiómetro. | | 1. Estetoscopio. | | 1. Otoscopio. | | 1. Termómetro. | | 1. Balanza con tallímetro. | | 1. Linterna. | | 1. Baja lenguas. | | 1. Lavamanos. | | 1. Dispensador de jabón líquido. | | 1. Dispensador de toallas de papel. | | 1. Dispensador de alcohol líquido. | | 1. Basurero según normas de bioseguridad. | | 1. La puerta del consultorio debe contar con sistema de cierre por dentro o llave de la puerta. | | 1. El consultorio de pediatría debe tener equipos biomédicos de uso pediátrico (estetoscopio pediátrico y neonatal, tensiómetro, oxímetro, etc.). | | 1. Equipo para monitoreo y examen gineco obstétrico | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **B.7. ÁREA DE REANIMACIÓN EN EMERGENCIA CONVENCIONAL O DE SHOCK TRAUMA** | | Una sala amplia para Reanimación con divisiones con cortinas para 1 a 2 pacientes, con las siguientes características: | | 1. Lámpara cialítica con luz led portátil. | | 1. Set de drenaje torácico adulto y pediátrico (sujetos a reposición o pago por la CSBP). | | 1. Férulas de inmovilización inflables para adultos y niños. | | 1. Inmovilizadores cervicales tipo minerva para adultos y niños (pediátricos) con insumos, sujetos a reposición o pago por la CSBP. | | 1. Cardio desfibrilador en perfecto estado de funcionamiento, con su recipiente con gel, para adultos y niños. En caso de fallas del equipo este debe ser sustituido de inmediato. | | 1. Electrocardiógrafo (más insumos que necesite para realizarse el estudio) en perfecto estado de funcionamiento. | | 1. Negatoscopio. | | 1. Oxímetro de pulso adulto y pediátrico. | | 1. Tensiómetros manuales para adultos y niños. | | 1. Linternas para exámenes. | | 1. Oto – Oftalmoscopio. | | 1. Faja compresora de pelvis. | | 1. Dos Monitores multiparámetro (CARDIACO) para el servicio de reanimación. | | 1. Tabla de paro para reanimación. | | 1. Tabla espinal de transporte corta y larga. | | 1. Material necesario de resucitación cardiopulmonar cerebral: AMBU adulto, pediátrico y neonatal, guías de intubación de diferentes tamaños y calibres, guía de intubación bougie, laringoscopio adulto, pediátrico y neonatal en buen estado y funcionamiento. | | 1. Video laringoscopio para vía aérea difícil (no excluyente). | | 1. Tubo orotraqueales adultos, pediátricos y neonatales (a reposición por el convocante). | | 1. Dos cajas de cirugía menor para curación y suturas. | | 1. Ropa estéril para procedimientos. | | 1. Glucómetro más cintas (sujeto a reposición por la CSBP). | | 1. Equipo de ropa estéril y material de cirugía menor. | | 1. Tres camillas de transporte. | | 1. Cuatro soportes de suero. | | 1. Cuatro bombas de infusión continúa. | | 1. Gradillas. | | 1. Un ventilador mecánico. | | 1. Un Ecógrafo portátil. | | 1. Eco Doppler fetal (para fetocardia). | | 1. Monitor fetal más papel. | | 1. Una Manta térmica. | | 1. Set de traqueostomía percutánea. | | 1. Venoscopio. | | 1. Set para colocación de vía intraósea. | | 1. Mascarilla laríngea. | | 1. Marcapaso transitorio (electrodos, generador, cable, batería). | | 1. Vitrina para medicamentos e insumos. | | 1. Lavamanos. | | 1. Silla giratoria. | | 1. Baño higiénico dotado de jabón líquido, papel higiénico, toallas de papel. | | 1. Dispensadores de alcohol líquido en spray. | | 1. Aire acondicionado frío/calor en perfecto funcionamiento. | | 1. Escritorio con silla para personal de enfermería y médico. | | 1. Computadora completa (Monitor, CPU, Mouse, Teclado, lector de CDs) e Impresora en buen estado y funcionamiento. | | 1. Mesa para preparación de medicamentos. | | 1. Dos mesas de mayo. | | 1. Reloj de pared. | | 1. Microondas opcional | | 1. Teléfono interno. | | 1. Aspiración y oxigeno central o portátil con su respectivo flujómetro o manómetro. | | 1. Carro de curaciones con antisépticos, cajas de curaciones, retiro de puntos, Micropore, guantes estériles y de procedimientos, láminas de bisturí, tira de gasa para sujetar tubo. Estos productos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. | | 1. Carro de paro | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad y ambiente para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **B.8. ÁREA DE OBSERVACIÓN EN EMERGENCIA CONVENCIONAL** | | Una sala amplia con cortinas divisorias para ocho camillas hospitalarias y dos camillas portátiles con las siguientes características: | | 1. Aire acondicionado frío/calor con control en perfecto estado de funcionamiento. | | 1. Dos computadoras completas (Monitor, CPU, Mouse, Teclado, lector de CDs) e Impresoras en buen estado y funcionamiento. | | 1. Baño para personal y pacientes. | | 1. Dispensador de agua con vasos desechables. | | 1. Mesa para preparación de medicamentos. | | 1. Ocho camillas fijas. | | 1. Dos camillas de transporte. | | 1. Oxigeno central y portátil para eventualidades con sus respectivos flujómetros. | | 1. Aspirador central y portátil para eventualidades con manómetros. | | 1. Una cizalla separadora de yesos. | | 1. Una sierra eléctrica para yesos. | | 1. Tijera para yesos. | | 1. Material para retiro de sutura metálica (grapas). | | 1. Pinza para retiro de cuerpo extraño (pinza cocodrilo o Hartmann). | | 1. Carro de curaciones con antisépticos, cajas de curaciones, retiro de puntos, Micropore, guantes estériles y de procedimientos, láminas de bisturí. Estos productos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. | | 1. Cuatro bombas de infusión continúa. | | 1. Equipo de cirugía menor suficiente para procedimientos de emergencia. | | 1. Electrocardiógrafo (más insumos que necesite para realizarse el estudio) en perfecto estado de funcionamiento. | | 1. Negatoscopio. | | 1. Diez soportes de suero. | | 1. Un Monitor multiparámetro (CARDIACO). | | 1. Glucómetro con glucocintas, sujeto a reposición por la CSBP. | | 1. Dos Sillas de ruedas. | | 1. Mesón o escritorio para central de enfermería con sus respectivas sillas. | | 1. Puntos de conexión a red. | | 1. Vitrina para medicamentos e insumos. | | 1. Teléfono interno. | | 1. Dispensador de alcohol liquido en spray. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad y el ambiente para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **B.9. SALA DE CURACIÓN, INYECTABLE Y NEBULIZACIÓN CONVENCIONAL.** | | Un ambiente climatizado de acuerdo a normas de bioseguridad, junto a la sala de emergencia con las siguientes características: | | 1. Área para nebulización con oxígeno central o portátil. | | 1. Dos sillas cómodas para realizar nebulizaciones. | | 1. Los medicamentos para nebulización serán proporcionados por la CSBP.///yuuuuuuuuu | | 1. Camilla Fija y/o cama regulable. | | 1. Lámpara Cialítica con luz led portátil. | | 1. Porta suero. | | 1. Carro de curaciones con antisépticos, seis cajas de curación, dos cajas de retiro de puntos, Micropore, guantes estériles y guantes de procedimiento, láminas de bisturí, barbijo, gasas, apósitos, tira de gasas para taponamiento nasal. Estos productos deben reponerse por el proponente de manera permanente en la medida de consumo, a efectos de mantener el stock adecuado para una correcta y oportuna atención. | | 1. Material para retiro de sutura metálica (grapas). Sierra para yesos. | | 1. Aire acondicionado en buen estado de funcionamiento más control remoto. | | 1. Silla con sujetador para brazo. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). | | **C. QUIRÓFANO** | | **C.1. QUIRÓFANO ASÉPTICO** | | El Proponente debe proporcionar dos quirófanos exclusivos para el uso de la CSBP que cumplan con todas las normas de bioseguridad incluyendo derecho de quirófano, instrumentación y recuperación. | | Se requiere lo siguiente: | | 1. Un quirófano con normas de bioseguridad para la CSBP a disposición las 24 horas día | | 1. Un quirófano con normas de bioseguridad para la CSBP a disposición 12 horas día de lunes a viernes | | 1. Debe proveer todos Insumos necesarios (guantes quirúrgicos, guantes de procedimientos, gorros desechables y batas desechables, gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (povidine tópico, jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada, clorhexidina), Micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. | | 1. Ambientes climatizados según normas de bioseguridad | | 1. Esterilización ambiental adecuada con normas de bioseguridad | | 1. Vitrina para almacenamiento de material (en su mayoría de acero inoxidable) de uso exclusivo para la CSBP. | | 1. Equipo y máquina de anestesia completo para adultos y niños, equipados con laringoscopio neonatal, pediátrico y de adultos, con monitor cardiorrespiratorio multiparamétrico para cirugía de alta complejidad. | | 1. Lámpara cialítica de techo. | | 1. Materiales para todo tipo de anestesia | | 1. Instrumental para cirugías de alta complejidad a requerimiento del especialista (otorrinolaringología, urología, neurocirugía, traumatología, cirugía cardiotorácica (circulación extracorpórea), coloproctología, cirugía maxilofacial y cirugía general), en consenso con la CSBP. | | 1. Carro de paro completo con insumos, los mismos que serán a reposición por la CSBP. | | 1. Microscopio para cirugías neurológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas, equipo de circulación extracorpórea para cirugía cardiovascular y/o de alta especialidad. | | 1. Craneotomo para cirugías Neurológicas. | | 1. Bisturí armónico, a provisionar en consenso con la CSBP | | 1. Liga Sure, a provisionar en consenso con la CSBP | | 1. Torre de laparoscopía completa para procedimientos de cirugía general, traumatológica, urológica y ginecológica en perfecto estado de funcionamiento. | | 1. Artroscopio a requerimiento | | 1. Cajas de cirugía mayor, mediana y menor suficientes, para todas las especialidades. El instrumental debe ser de primera calidad y encontrarse en perfecto estado. | | 1. Sondas y catéteres especiales para exploración de vías biliares, urológicas, con cargo a reposición por la CSBP. Además, drenaje tubular de caucho. | | 1. Rectosigmoidoscopio rígido. | | 1. Mesa quirúrgica ortopédica multifuncional hidráulica. | | 1. Posicionadores de cadera, pierneras, braceras, soporte lumbar, dorsal y pélvico para distintas posiciones quirúrgicas. | | 1. Aditamento de tracción para fracturas de cadera. | | 1. Cojines, almohadillas, cabeceras y protectores para posicionar adecuadamente al paciente para cirugía. | | 1. Manguito de isquemia con brazaletes para miembro inferior y superior. | | 1. Posicionador en silla de playa para cirugía ortopédica de hombro. | | 1. Soporte y tracción para brazo en posición de silla de playa y en decúbito lateral. | | 1. Caja de instrumental de apoyo para procedimientos traumatológicos y ortopédicos. | | 1. Equipo de rayos X portátil. | | 1. Dos bombas de infusión suficientes para administración de medicamentos de uso exclusivo para CSBP. | | 1. Aspirador central o portátil. | | 1. Cardiodesfibrilador en área conjunta al quirófano y de fácil acceso. | | 1. Electro bisturí bipolar con accesorios a reposición por la CSBP. | | 1. Electro bisturí mono polar en excelente estado con accesorios a reposición por la CSBP. | | 1. Negatoscopio de 2 cuerpos. | | 1. Stock de medicamentos suficientes para eventualidades intraoperatorias, con cargo por la CSBP. | | 1. Aire comprimido. | | 1. Oxígeno y aspiración central en el quirófano. | | 1. Oxígeno y aspiración portátil para eventualidades. | | 1. Ropa de quirófano y batas estériles de diferentes tallas para todo tipo de cirugías a cargo del proponente. | | 1. Áreas auxiliares de quirófano y vestuario médico, con ambientes confortables y baño. | | 1. Ambiente para elaboración de documentos y protocolo operatorio. | | 1. Video Laringoscopio para vía aérea compleja, a provisionar en consenso con la CSBP | | 1. Equipo de ecografía portátil a solicitud de nuestros especialistas. | | 1. Arco en C, con tarjetas de mantenimiento preventivo en el que se consigne fecha del proceso. Disponible de forma inmediata ante la solicitud para uso en traumatología (adulto y pediátrico), neurología, urología y cirugía general, en caso de emergencia. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Entrega a Bioestadística de la CSBP. vía gerencia medica de informes mensuales hasta el 5 de cada mes de los pacientes, procedimientos, tipo de cirugía, médico que realiza los procedimientos. | | 1. Aspirador ultrasónico (no excluyente). | | 1. Neuromonitoreo (no excluyente) | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). | | **C.2. QUIRÓFANO OPCIONAL** | | Ambiente que puede ser utilizado ante cualquier eventualidad por la CSBP | | 1. El proponente debe proveer todos Insumos necesarios (guantes quirúrgicos, guantes de procedimientos, gorros y batas, gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (povidine tópico, jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada), micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. | | 1. Un quirófano con normas de bioseguridad para la CSBP a disposición las 24 horas día, mismo que será utilizado en caso de que los quirófanos solicitados en el **punto C.1** no se encuentren disponibles. | | 1. Debe proveer todos Insumos necesarios (guantes quirúrgicos, guantes de procedimientos, gorros y batas, y gasas, gasas furacinadas, soluciones antisépticas (povidine tópico, jabonoso, alcohol yodado, alcohol blanco, agua oxigenada, clorhexidina), micropore, apósitos, vaselina liquida y sólida. | | 1. Ambientes climatizados según normas de bioseguridad | | 1. Esterilización ambiental adecuada con normas de bioseguridad | | 1. Vitrina para almacenamiento de material (en su mayoría de acero inxodable) de uso exclusivo para la CSBP | | 1. Equipo y máquina de anestesia completo para adultos y niños, equipados con laringoscopio neonatal, pediátrico y de adultos, con monitor cardiorrespiratorio multiparamétrico para cirugía de alta complejidad. | | 1. Lámpara cialítica de techo. | | 1. Materiales para todo tipo de anestesia | | 1. Instrumental para cirugías de alta complejidad a requerimiento del especialista (otorrinolaringología, urología, neurocirugía, traumatología, cirugía cardiotorácica, coloproctología, cirugía maxilofacial y cirugía general). | | 1. Carro de paro | | 1. Microscopio para cirugías neurológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas y/o de alta especialidad. | | 1. Craneotomo para cirugías Neurológicas. | | 1. Bisturí armónico. | | 1. Liga Sure. | | 1. Torre de laparoscopía completa para procedimientos de cirugía general, traumatológica, urológica y ginecológica en perfecto estado de funcionamiento. | | 1. Artroscopio a requerimiento | | 1. Cajas de cirugía mayor, mediana y menor suficientes, para todas las especialidades. El instrumental debe ser de primera calidad y encontrarse en perfecto estado. | | 1. Sondas y catéteres especiales para exploración de vías biliares, urológicas, con cargo a reposición por la CSBP. Además, drenaje tubular de caucho. | | 1. Rectosigmoidoscopio rígido. | | 1. Mesa quirúrgica ortopédica multifuncional hidráulica. | | 1. Posicionadores de cadera, pierneras, braceras, soporte lumbar, dorsal y pélvico para distintas posiciones quirúrgicas. | | 1. Aditamento de tracción para fracturas de cadera. | | 1. Cojines, almohadillas, cabeceras y protectores para posicionar adecuadamente al paciente para cirugía. | | 1. Manguito de isquemia con brazaletes para miembro inferior y superior. | | 1. Posicionador en silla de playa para cirugía ortopédica de hombro. | | 1. Soporte y tracción para brazo en posición de silla de playa y en decúbito lateral. | | 1. Caja de instrumental de apoyo para procedimientos traumatológicos y ortopédicos. | | 1. Equipo de rayos X portátil. | | 1. Dos bombas de infusión suficientes para administración de medicamentos de uso exclusivo para la CSBP. | | 1. Aspirador central o portátil. | | 1. Cardiodesfibrilador en área conjunta al quirófano y de fácil acceso. | | 1. Electro bisturí bipolar con accesorios a reposición por la CSBP. | | 1. Electro bisturí mono polar en excelente estado con accesorios a reposición por la CSBP. | | 1. Negatoscopio de 2 cuerpos. | | 1. Stock de medicamentos suficientes para eventualidades intraoperatorias, con cargo a la CSBP. | | 1. Aire comprimido. | | 1. Oxígeno y aspiración central en el quirófano. | | 1. Oxígeno y aspiración portátil para eventualidades. | | 1. Ropa de quirófano y batas estériles de diferentes tallas para todo tipo de cirugías a cargo del proponente. | | 1. Áreas auxiliares de quirófano y vestuario médico, con ambientes confortables y baño. | | 1. Ambiente para elaboración de documentos y protocolo operatorio. | | 1. Video Laringoscopio para vía aérea compleja. | | 1. Equipo de ecografía portátil a solicitud de nuestros especialistas. | | 1. Arco en C, con tarjetas de mantenimiento preventivo en el que se consigne fecha del proceso. Disponible de forma inmediata ante la solicitud para uso en traumatología (adulto y pediátrico), neurología, urología y cirugía general. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad. | | 1. Entrega a Bioestadística de la CSBP vía Jefatura médica, Coordinación de Clínica de informes mensuales hasta el 5 de cada mes de los pacientes, procedimientos, tipo de cirugía, médico que realiza los procedimientos. | | 1. Aspirador ultrasónico (no excluyente). | | 1. Neuro monitoreo (no excluyente) | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (enfermería, bioquímicos y otros). | | **C.3. SALA DE PARTO** | | Ambiente climatizado según normas de bioseguridad, que deberá contar con: | | 1. Oxigeno central o portátil | | 1. Camilla ginecológica | | 1. Taburete | | 1. Lámpara cialítica | | 1. Material e instrumental específico para parto eutócico, distócico y legrado | | 1. Monitor cardiológico | | 1. Oxímetro de pulso | | 1. Carro de paro | | 1. Stock de medicamentos para emergencia ginecobstetricia suficiente a reposición por la CSBP. | | 1. Equipo de aspiración y sondas de aspiración suficientes | | 1. Balanza neonatal | | 1. Servo cuna | | 1. Stock de medicamentos para recién nacido a reposición por la CSBP. | | 1. Lámpara portátil de pie | | 1. Equipo de reanimación neonatal | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **C.4. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN** | | **C.4.1. SALA DE ESTERILIZACIÓN** | | Servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles (ropa, gasas, apósitos y dispositivos biomédicos), equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores la Caja de Salud Banca Privadas (CSBP), con el fin de proveer un insumo seguro para ser usado con el paciente. | | El Ambiente debe ser climatizado según normas de bioseguridad. Debe contar con un buen sistema de ventilación diseñado de manera que el aire fluya de las áreas limpias a las sucias y luego se libere al exterior o a un sistema de recirculación por filtro. No debe contar con ventiladores, pues generan gran turbulencia de polvo en el aire y también microorganismos que se proyectan desde el piso a las mesas de trabajo. | | La sala de esterilización debe estar organizada de acuerdo a normas: | | 1. Área de limpieza y descontaminación (área sucia) | | 1. Área de acondicionamiento, empaquetamiento, preparación y esterilización del material (área limpia) | | 1. Área de almacenado del material (área estéril) | | 1. Además, debe existir adecuado control de la circulación. | | **C.4.2. EQUIPAMIENTO E INSUMOS EN SALA DE ESTERILIZACIÓN** | | Debe contar con: | | 1. Un equipo de autoclave (calor húmedo) | | 1. Un equipo de óxido de etileno | | 1. Una selladora para óxido | | 1. Equipo de esterilización de plasma de peróxido de hidrogeno (no excluyente) | | 1. Incubadoras de Biológicos de lectura rápida, para Autoclave y para óxido de etileno | | 1. Vitrinas para el almacenamiento de material /en su mayoría de acero inoxidable o metal | | 1. Lavadora ultrasónica para el lavado de material delicado y de difícil lavado | | 1. Mesas de metal para el preparado de material | | 1. Cajas de instrumentales básicos por especialidad. | | 1. Materiales para poder desarrollar la desinfección de alto nivel. (ej. palanganas) | | 1. Una pistola de aire comprimido para el secado apropiado de material quirúrgico. | | 1. Insumos de material blanco: | | 1. Gasas quirúrgicas; gasas furacinadas; gasas corbatas, apósitos normales; apósitos circulares; lino 20, 50,100; cotonoides; compresas; torundas por el proponente para todos los servicios del la CSBP (emergencia, internación, uti adulto-pediatría) | | 1. Biológicos e integradores de acuerdo a normas de bioseguridad | | 1. Glutaraldehído a libre requerimiento para la desinfección de alto nivel de los instrumentos quirúrgicos que no pueden ser esterilizados en autoclave ni óxidos. | | 1. Detergentes Enzimáticos a libre requerimiento para lavado de material quirúrgico. | | 1. Amonio cuaternario, para desinfección de pisos y paredes, a libre demanda. | | 1. Re-esterilización de material para uso de quirófano, emergencia, UTI, internación (manguera de aspiración tipo Kendall, mango de electrobisturí y otros), entrega del material re-esterilizado hasta el 5 de cada mes, al personal de farmacia de La csbp. bajo registro de entrega y recepción. | | 1. Esterilización de material de curación de Emergencia de la CSBP. | | 1. Entrega de informe mensual respecto al proceso de esterilización a las diferentes cajas de cirugías utilizadas por la CSBP, el cual debe ser entregado a Coordinación de emergencia y hospitalización del convocante hasta el 5 de cada mes. | | **C.4.3. SALA DE RECUPERACIÓN** | | De preferencia anexa a quirófano y terapia intensiva, que cuente con las siguientes características: | | 1. 4 Camas ortopédicas de cinco movimientos, de acuerdo a requerimiento de la CSBP. | | 1. Oxigeno central o portátil. | | 1. Aspiración central o portátil. | | 1. Oxímetro de pulso (adulto y pediátrico). | | 1. Tensiómetro (adulto y pediátrico). | | 1. Fonendoscopio | | 1. Carro de paro con insumos; los insumos serán con cargo a reposición o pagos por la CSBP. | | 1. Cardio desfibrilador (adulto y pediátrico). | | 1. Monitor cardiaco multiparámetros. | | 1. Médico responsable del área de recuperación a cargo del Proponente, debiendo adjuntar una copia de hoja de vida debidamente documentada. | | **Nota:** El Proponente debe proporcionar el material de bioseguridad para la atención de pacientes de acuerdo a situación epidemiológica del país (médicos, enfermería, bioquímicos y otros). | | **D. ESTUDIOS ESPECIALES** | | Para los pacientes de la CSBP, de emergencias y hospitalizados (sala, UTI adulto-pediatría, neonatología, quirófano) que por indicación médica requieran estudios, el proponente debe proporcionar en forma oportuna las 24 hrs. del día, los 365 días del año y **sin costo adicional** los siguientes servicios **(se adjunta estadísticas anuales de uso)**: | | 1. Todos los Eco-doppler fetales, miembros superiores e inferiores, vasos del cuello arteriales y venosos, de emergencia y de pacientes hospitalizados, solicitado por médico especialista gineco-obstetra, médico internista, médico de emergencias o de otra especialidad que así lo requiera, deben realizarse de forma oportuna de acuerdo a la gravedad del paciente. | | 1. Todas las ecografías abdominales, ginecológicas, obstétricas, y las de otros sitios; de emergencia y para pacientes hospitalizados, con firma y sello del médico tratante. Deben realizarse de forma oportuna de acuerdo a la gravedad del paciente. | | 1. Todos los servicios de Rayos “X” convencional, contrastados y portátil a pacientes hospitalizados y de emergencia. (El contraste será provisto por el Convocante), Con firma y sello del médico tratante. | | 1. Todos los monitoreos fetales de emergencia y paciente hospitalizados con firma y sello del médico tratante. Deben realizarse de forma oportuna de acuerdo a la gravedad del paciente. | | Los siguientes estudios deben ser otorgados por el Proponente bajo las siguientes características: | | El Proponente debe prestar el servicio de Rayos “X” solicitadas a los pacientes de Emergencia e Internación, con Informe Médico del especialista en imagen, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud. ,  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 200 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 | | El Proponente debe prestar el servicio de Tomografías y Angiotomografías solicitadas a los pacientes de Emergencia e Internación, con Informe Médico del especialista en imagen (el informe no debe exceder 12 horas posteriores a realizado el estudio), previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud.  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 50 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 | | El Proponente debe prestar el servicio de Endoscopías altas y bajas solicitadas incluyendo retiro de material, cauterización con adrenalina (a reposición por el convocante), a los pacientes de Emergencia e Internación, a solicitud del médico especialista, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud).  La CSBP coordinará con el Proponente el horario en el cual se realizará el estudio en función a la disponibilidad de espacios del proponente.  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 10 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 | | El Proponente debe otorgar los estudios de ecografías y ecografías Doppler color de corazón, a pacientes hospitalizados y de emergencia, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud).  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 160 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 | | El Proponente debe otorgar los estudios de Resonancia Magnética a todos los pacientes de emergencias e internación que lo requieran, a través de la solicitud del especialista, previa autorización del Coordinador de Emergencia y Hospitalización (en casos de requerimientos durante el turno noche, fines de semana y feriados, se regularizará la autorización del Coordinador el primer día hábil pasada la solicitud)  El límite mensual para estos estudios sin costo adicional asciende a 10 estudios, el excedente tendrá un costo adicional, mismo que debe ser detallado por el proponente en formulario N°4 | | Cada resultado generado (tomografía, rayos x, ecografía, resonancia, etc.) debe se guardado en la base de datos de la CSBP como link de acceso, para guardar esta información es necesario la coordinación con el departamento de sistemas de la CSBP. y del proponente (web services) | | **Nota:** Hasta el 05 de cada mes adjuntado a su solicitud de cobro debe incluirse de manera digital (en un medio de almacenamiento masivo: discos duros externos) las imágenes (tomografía, rayos x, ecografía, resonancia, etc.) que se realicen a nuestros asegurados ya sean de emergencia o hospitalización. | | **E. SERVCIOS A CONSIDERAR** | | Los servicios detallados a continuación deben estar incluidos dentro del servicio de Hospitalización, bajo las siguientes características: | | **e.1. Seguridad:** Servicio de Vigilancia las 24 horas del día con personal de seguridad interno y personal de seguridad externo. | | * El personal deberá contar con uniforme respectivo que permita su identificación | | * Tomar en cuenta que dicho personal deberá estar capacitado procedimientos aplicables para todo tipo de riesgos, incidentes y contingencias. | | **e.2. Limpieza:** Personal de limpieza en todas las áreas de servicio requerido. | | * El servicio debe incluir material e insumos necesarios para realizar el servicio, sin excepciones. | | * El personal deberá contar con uniforme respectivo que permita su identificación | | * Tomar en cuenta que dicho personal deberá estar capacitado en: NORMAS DE LIMPIEZA Y MANEJO DE RESIDUOS. | | ***NOTA:*** *El proponente adjudicado, debe garantizar el aseo de las piezas en forma continua, con provisión en los baños de toallas, papel higiénico, alcohol en gel y jabón líquido y los respectivos receptáculos de residuos, según normas de bioseguridad como ser sistema de uso de doble balde en los casos de manejo de residuos biológicos y rotación de las soluciones desinfectantes para pisos ambientes, equipos y así también cuando se proceda a una limpieza terminal y fumigación mensual para control de insectos y roedores. La clínica adjudicada deberá enviar un informe sobre el sistema de limpieza de manera mensual a la GESTION DE CALIDAD.* | | **e.3. Lavandería y planchado: El servicio debe incluir personal, materiales e insumos que se requieran para su ejecución.** | | * Las prendas que se deben considerar para este servicio son: Sábanas, Sabanillas, Batas de pacientes y otros. | | * Las prendas hospitalarias deberán ser seleccionadas de acuerdo al tipo de manchas y con los detergentes necesarios para el desmanchado. | | ***NOTA****: La dotación de Ropa de Cama correrá por parte del proponente, la misma debe ser suficiente para los pacientes y personal de turno del convocante, cambiada una vez por día como mínimo o las veces que sea necesario a indicación médica. Esta ropa debe ser de primera calidad y estar en buen estado de conservación e higiene.* | | **e.4. Servicios Básicos:** El servicio de Hospitalización debe incluir los servicios de: luz, agua, agua tratada, y cableado estructurado independiente con conexión a tierra (para datos y telefonía). | | **e.5. Servicio de perifoneo:** Las 24 hrs del día, para la localización de personal y familiares de los pacientes. | | **e.6 Sistema de llamado de enfermería:** Que permita a los pacientes una fácil comunicacióncon el personal de enfermería en caso de emergencias. | | **e.7. Servicio de alimentación:** | | Los costos de alimentación deberán estar incluidos en los paquetes ofertados (según corresponda) | | Los alimentos deben estar elaborados con normas de dieta hospitalaria, de acuerdo a las diferentes patologías y que cumplan las indicaciones médicas | | Deben ser elaborados bajo la dirección de Nutricionista del Proponente, en coordinación con el servicio de nutrición (nutricionista de la C.S.B.P.) y la supervisora de enfermería de la C.S.B.P. | | El proponente en coordinación con el Responsable de emergencia y hospitalización de la CSBP, deberá entregar un informe mensual sobre los planes de dieta para cada tipo de patología. | | El servicio deberá incluir: | | * Ración de desayuno, de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. | | * Ración de sobrealimentación para cada paciente de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. | | * Ración de almuerzo, de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. | | * Ración de Té, de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. | | * Ración de cena de acuerdo a las dietas establecidas para cada paciente. | | * Bebida (Jarra ½ litro).- refresco caseros hervidos o elaborados con agua hervida (endulzado con azúcar o estevia), de provisión permanente en la mañana. tarde y noche, por ningún motivo los pacientes podrán quedar desprovistos en ningún horario de esta ración | | * Servicio de alimentación para personal de turno hospitalización: alimentación 24 horas de lunes a domingo al personal de emergencia (enfermería, médicos y farmacia), alimentación de 12 horas de lunes a domingo al médico de hospitalización. todo en coordinación con la responsable de Enfermería y el Coordinador de Emergencia y Hospitalización. | | Debe incluir los tipos de dieta detallados a continuación: | | 1. Corriente | | 1. Blanda: | | * 1. Blanca o sin residuo | | * 1. Astringente | | * 1. Blanda | | * 1. Blanda hipo sódica – renal | | * 1. Diabético | | * 1. Hiperproteica | | 1. Líquida 1 (mates: manzanilla) | | 1. Liquida 2 (Desayuno y Te: Te con galletas; almuerzo y cena: Sopa Colada y gelatina) | | 1. Papillas | | 1. Licuadas | | 1. Sondas | | 1. Colación a pacientes diabéticos (Ensaladas de frutas, ensaladas de frutas con yogurt, leche fluida pasteurizada, entera o descremada, yogurt entero o dietético) | | 1. Colación a Pacientes No Diabéticos (Ensaladas de frutas, ensaladas de frutas con yogurt, leche fluida pasteurizada, entera o descremada, yogurt entero o dietético gelatinas y galletas). | | 1. Se debe presentar menú de una semana para pacientes con dieta vegetariana. | | **e.8. OXIGENO:** El Proponente adjudicado debe garantizar el suministro de oxígeno para los pacientes internados que este sea suficiente según el requerimiento. | | **F. LABORATORIO** | | El proponente deberá otorgar un espacio físico para toma de muestras de Laboratorio, las cuales serán realizadas por personal de la CSBP | | **G. RECURSOS HUMANOS** | | El proponente debe proveer los siguientes RRHH para el funcionamiento y coordinación de los diferentes servicios contratados | | Todo el personal de la empresa proponente debe coordinar con el personal de la CAJA DE SALUD BANCA PRIVADA | | **G.1. LICENCIADAS EN ENFERMERIA, AUXILIARES DE ENFERMERÍA, CAMILLEROS Y PERSONAL PARAMEDICO** | | Personal de enfermería (Licenciadas) para coordinación con Jefatura de Enfermería de la CSBP 24 horas | | 1 enfermera por turno de 24 horas los 7 días de la semana para Terapia Intensiva Pediátrica. | | El personal de enfermería estará supervisado por parte del Convocante. | | **G.2. PERSONAL MÉDICO** | | **G.2.1 U.T.I. PEDIÁTRICO** | | El proponente debe contar con un Médico Pediatra Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica como Jefe del Servicio además de Médico Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica-Neonatología o Pediatra con experiencia acreditada en U.T.I. Pediátrica, para cubrir las 24 horas del día los 7 días de la semana. | | **H. INFRAESTRUCTURA** | | 1. Todos los ambientes para los servicios requeridos deben estar en buen estado de funcionamiento, higiene, limpieza, presentación, mantenimiento y conservación, ornamentación y adecuada luminosidad, ventilación y principalmente debe cumplir con todas las normas de bioseguridad. | | 1. Debe contar con un máximo de 10 parqueos para vehículos del personal de turno en Emergencia, hospitalización y personal administrativo. | | 1. Contar con instalación de Wi-Fi en todas las áreas de la clínica. | | 1. Contar con dispensadores de agua (sifones) en todas las áreas, y lugares que no afecten la circulación. | | 1. Basureros según normas de bioseguridad en todos los ambientes. | | 1. Contar con dispensadores de alcohol liquido en spray en todos los ambientes. | | 1. Mantenimiento continuo a aires acondicionados e instalaciones a ser utilizadas para garantizar su buen funcionamiento. | | 1. Extintores en todos los ambientes donde no afecte la circulación. | | 1. Contar con baños de fácil acceso en las áreas correspondientes. | | 1. Contar con un espacio para Cafetería y/o Snack. | | 1. El centro debe contar con Acceso para personas con capacidades limitadas | | 1. El centro debe contar con Señalética Interna y externa | | 1. El centro debe contar con número telefónico (para proveer a los pacientes como referencia o contacto) exponer números. | | 1. Sistema de Vigilancia por cámaras | | 1. Plan de Evacuación | | **I.** **OTROS AMBIENTES Y SERVICIOS REQUERIDOS** | | El Proponente adjudicado deberá proveer los siguientes servicios adicionales: | | 1. Ambiente para instalación de servidores CSBP. | | 1. Dos habitaciones para el personal del internado rotatorio dependiente de la CSBP. Esta habitación deberá contar con baño privado con jabón líquido, papel toalla, papel higiénico, aire acondicionado, televisor con tv cable, frigobar, 2 camas en buen estado por habitación, cambio de sabanas diario, basureros. | | 1. Dos habitaciones para el personal médico interno de turno de la CSBP: Esta habitación deberá contar con baño privado con jabón líquido, papel toalla, papel higiénico, aire acondicionado, televisor con tv cable, frigobar, 2 camas en buen estado, cambio de sabanas diario, basureros. | | 1. Vestidor área de descanso para el personal de enfermería de turno DE LA CSBP: Esta habitación debe estar cerca o continua al área de emergencia y contar con: aire acondicionado, televisor con tv cable, casilleros, mesa pequeña, frigobar, sofás grandes para descanso, baño privado con papel higiénico, papel toalla para manos, jabón líquido y dispensador de alcohol en spray. | | **J. MEDICAMENTOS** | | La CSBP proporcionará los medicamentos necesarios a la Emergencia de acuerdo al Listado Nacional de Medicamentos Esenciales LINAME vigente, para el tratamiento inicial de la patología. | | En caso de internación, se recetará con en el respectivo recetario de hospitalización la cantidad de medicamentos que requiera el paciente para el día. TODOS ESTOS PROCESOS SERAN CONTROLADOS POR REGENCIA DE FARMACIA DE LA CSBP. | | **K. UBICACIÓN** | | El proponente debe especificar la dirección de sus instalaciones, y adjuntar ubicación en Google maps. | | Debe ser de fácil acceso y contar con espacio para parqueo de vehículos | | **L. REPORTE DE INFORMACIÓN** | | Esta información debe ser entregada en medio magnético y físico, adjunto a la factura hasta el día 5 del mes siguiente. | | La clínica adjudicada deberá remitir los siguientes informes: | | Debe entregar mensualmente el resumen de la información estadística de todas las prestaciones médicas realizadas a los pacientes en Emergencia, Internación, UTI y quirófano de todos los servicios que presta a la CSBP. | | El proponente deberá presentar los siguientes formularios | | **M.1 UNIDAD DE SERVICIO** | | 1. Internación (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología), quirófano, UTI, UTI pediátrica, UTI neonatal, Neonatología | | 1. El proponente adjudicado debe seguir de manera estricta las normas de bioseguridad y control de infección hospitalaria, manejo de residuos sólidos y líquidos, debiendo informar en forma mensual a la Jefatura Médica de la CSBP. El informe con sello de recepción de la Jefatura Médica y Coordinación de Clínica se deberá adjuntar a la factura del mes correspondiente | | 1. Un informe mensual sobre los planes de dieta para cada tipo de patología, la cual deberá ser entregada a coordinación de clínica. | | 1. Informe mensual respecto al proceso de esterilización a las diferentes cajas de cirugías utilizadas por la CSBP, el cual debe ser entregado a coordinación de clínica hasta el 5 de cada mes. | | **N. CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO** | | La calidad de atención que el personal del Proponente que ofrezca a los asegurados del Convocante, será evaluado, a través de indicadores de seguridad de la atención y satisfacción del usuario (Mensualmente).  Si estos indicadores fueran negativos el convocante, podrá solicitar el cambio del personal que haya resultada mal calificado. | | **N.1. INDICADORES DE INFRAESTRUCTURA** | | Proporcionará todos los espacios físicos que se están contratando, como: | | Salas de internación, emergencias, observación y sala de reanimación, quirófanos, UTI Adultos y Pediátrico, salas de recuperación anestésica, entre otros cuyo estado de la infraestructura (pisos, paredes, cielos rasos y techos) deben estar limpios, con pintura indemne, sin goteras ni resquebrajamientos, excelentes instalaciones de todos los servicios básicos funcionando perfectamente. | | Con depósitos intermedios y finales para residuos sólidos en el marco de las normas. | | Los Recursos Humanos de las diferentes áreas que se están terciarizando, deben estar graficadas en un organigrama actualizado del establecimiento, los funcionarios deben ejercer el cargo con el perfil adecuado para el mismo y ser capacitados permanentemente en relaciones humanas, calidad de atención, servicio de excelencia al cliente, trabajo en equipo, normas legales vigentes como la Ley 1178, Ley 3131, PRONACS, entre otros aspectos relacionados con la calidad de atención que debe ofertarse a nuestros asegurados. | | **N.2. INDICADORES DE PROCESO** | | Serán medidos a través de indicadores establecidos en las normas y los manuales de procesos y procedimientos del establecimiento, como en términos de Fiabilidad [1], Seguridad [2], Capacidad de Respuesta [3], Empatía [4] y Apariencia [5] | | * Seguridad de las instalaciones: Así mismo se medirá el cumplimiento de las normas de bioseguridad y seguridad de las instalaciones hospitalarias en el marco de las normas. | | * El equipamiento, los materiales e insumos deben estar en excelentes condiciones de funcionamiento y tener el mantenimiento operativo, preventivo y correctivo, adecuados, cumpliendo un Plan de Mantenimiento que el administrador del Proponente debe supervisar, para que los procesos se desarrollen de la forma adecuada. | | **N.3. INDICADORES DE RESULTADO** | | Tanto el Proponente como el convocante, como mínimo trimestralmente, realizarán encuestas de satisfacción a los usuarios (clientes externos e internos), con preguntas relacionadas con la calidad de atención, en las diferentes áreas de los servicios tercerizados. Los resultados serán presentados acompañados de los resultados de las encuestas y la sistematización de las mismas. | | **N.4. INFORME DE FISCALIZACIÓN – SUPERVISIÓN DE CALIDAD** | | El convocante designará un coordinador, que mensualmente realizará la supervisión y fiscalización de los servicios e informará a las autoridades de Administración Regional del Convocante, previa cancelación de la factura enviada por el Proponente. | | El Proponente debe designar un funcionario que debe enviar nombre, correo, teléfono de contacto que sea utilizado las 24 horas para que supervise que los servicios se estén brindando con la más alta calidad, debiendo enviar un informe mensual a la CSBP hasta cada tres (03) del mes siguiente, sin necesidad de requerimiento. Este informe será verificado y contrastado con el informe del Coordinador de la CSBP. | | **B. EQUIPOS MÉDICOS** | | El Proponente adjudicado deberá proveer los equipos sin costo adicional a la CSBP (de acuerdo al área de internación) | | Los equipos asignados deben estar en perfecto estado de funcionamiento. | | El proponente debe garantizar con personal de mantenimiento el adecuado funcionamiento, evitando cualquier daño a los pacientes o inconvenientes al momento de su utilización. | | Deberá proceder a la sustitución inmediata en caso de requerimiento justificado, con equipos que deben existir en reserva para eventualidades. | | Debe contar con un generador de energía eléctrica para casos de corte del suministro de energía del sistema público. | | Caso de contar con plan de mantenimiento preventivo y correctivo deberá hacer llegar una fotocopia a Jefatura Medica Regional | | **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERSONAL** | | **A. PERSONAL** | | 1. **Médico Pediatra Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica** | | Para **JEFE DE SERVICIO**, deberá contar con la siguiente documentación: | | * Adjuntar Hoja de Vida y fotocopia simple de la documentación de respaldo | | * Registro en el colegio profesional que corresponde | | * Título en provisión nacional | | * Matricula profesional | | * Título de Especialidad | | **Experiencia General.** Se requiere al menos dos años de experiencia general. | | **Experiencia Específica.** Se requiere al menos dos años de experiencia en la realización del servicio solicitado (documentado) con experiencia acreditada en U.T.I. Pediátrica | | **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** | | **A. PLAZO** | | La contratación del servicio será por 2 años a partir de la emisión de la Orden de Proceder emitida por la CSBP; tomando en cuenta que el servicio debe ser iniciado en la Gestión 2025, por lo que el proponente deberá indicar en este punto, a partir de que fecha de la gestión 2025 tienen la disponibilidad para la prestación del servicio**.** | | **B. GARANTIAS** | | Seriedad de propuesta | | Cumplimiento de Contrato | | **C. RÉGIMEN DE MULTAS** | | LaCSBP ante el incumplimiento de las obligaciones asumidas aplicará una multa equivalente al tres por ciento (3%) del monto total mensual a pagar, esta multa será deducida del pago mensual correspondiente. La Multa se aplicará por cada evento de incumplimiento. | | **D. PERSONAL DE CONTACTO** | | Persona(s) de contacto entre la CSBP y el proveedor del servicio requerido:  Especificar persona (s) de contacto (Nro. de teléfono celular) | | **E. FORMA DE PAGO** | | La forma de pago será previa presentación de la **pre-liquidación** y el Informe mensual, de los servicios en atención convencional hasta el 5 del mes siguiente por el Proponente, además, se adjuntará el informe de los servicios excedentes. | | De no existir ninguna observación que requiera información complementaria, la CSBP solicitara que el proponente adjudicado haga llegar la correspondiente Factura a la Unidad de Contabilidad calle Eucalipto Oficinas Administrativas razón social: Caja de Salud Banca Privada Nit: 1020536028, (La CSBP tiene un plazo de 10 días calendario para dar conformidad a la pre- liquidación y documentos adjuntos) | | **DOCUMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y REPORTE DE LA INFORMACIÓN** | | El Proponente debe entregar al convocante un resumen de la información estadística de todas las prestaciones médicas y de procedimientos de enfermería realizadas a los pacientes de emergencias e internación, en forma detallada y por especialidad, mensualmente en medio magnético y físico, adjunto a la factura hasta el día 5 del mes siguiente. | | Se procederá a la recepción del informe resumido con las estadísticas requeridas y se cancelará el mismo posterior al informe de conformidad del Coordinador de Emergencia y Hospitalización y/o del JEFE MEDICO REGIONAL. | | Si la CSBP requiere información adicional respecto a los servicios prestados por el Proponente, este deberá ser proporcionado en un plazo máximo de 72 horas, ante la solicitud escrita o verbal por el Coordinador de Emergencia y Hospitalización y/o del JEFE MEDICO REGIONAL. | | **PAGOS ADICIONALES (EXCEDENTES)** | | Por cada día cama en sala de internación que hubiera excedido de las contratadas, se cancelará el importe fijo acordado, en cualquier servicio en el que el paciente esté internado, a excepción de la U.T.I, debiendo recibir todos los servicios que requiere, incluyendo todos los estudios y procedimientos contemplados en las presentes especificaciones técnicas. | | Para el pago de la misma, el Proponente deberá presentar una planilla de ocupación hospitalaria mensual. Se considerará día cama ocupado en los siguientes casos: | | * Si el paciente es dado de alta en camas excedentes según epicrisis después de horas 13:00 | | * Si el paciente pasa del servicio de pieza a U.T.I. excedente después de horas 13:00, se considerará como día en pieza. | | * Una vez el paciente sea dado de alta por epicrisis en cama excedente, la persona tiene hasta las 14:00 para abandonar la pieza, si permanece por más tiempo, se considerará como día cama ocupada. | | Se cancelará el costo adicional por día cama de U.T.I. adulto convencional, U.T.I. pediátrico y Neonatal que hubiera excedido las contratadas, debiendo recibir todos los servicios que requiere, incluyendo todos los estudios y procedimientos contemplados en las presentes especificaciones técnicas. | | Para el pago de la misma, el Proponente deberá presentar una planilla de ocupación hospitalaria U.T.I. mensual. Se considerará día U.T.I. ocupado en los siguientes casos: | | * Si el paciente es dado de alta en cama excedente de U.T.I. según indicación y/o evolución después de horas 13:00. | | * Una vez el paciente sea dado de alta, cama excedente la persona tiene hasta las 14:00 para abandonar la U.T.I., si permanece por más tiempo, se considerará como día U.T.I. ocupada. | | Por cada día cama en neonatología que hubiera excedido de las contratadas al mes se cancelará el monto fijo acordado | | Para el pago de la misma, el Proponente deberá presentar una planilla de ocupación hospitalaria mensual. Se considerará día cama neonatología ocupada en los siguientes casos: | | * Si el neonato es dado de alta en cama excedente, según epicrisis después de horas 13:00 | | * Si el neonato pasa del servicio de pieza a U.T.I.N o Neonatología después de horas 13:00, se considerará como día en pieza neonatológica. | | * Una vez el neonato sea dado de alta por epicrisis, cama excedente el paciente tiene hasta las 14:00 para abandonar la pieza, si permanece por más tiempo, se considerará como día cama ocupada. | | El cobro de laboratorios en emergencia y hospitalización deberá contar con la documentación de respaldo (planilla impresa y digital, órdenes con firma del médico tratante y resultados verificables). | | El cobro de tomografías, resonancias magnéticas, y otros estudios utilizados en emergencia y hospitalización deberá contar con la documentación de respaldo (planilla impresa y digital, órdenes con firma del médico tratante y resultados verificables). | |  |  |  |  |
| : |  |  |  |  |

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

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

**FORMULARIO Nº 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DE ITEMS INCLUIDOS EN EL SERVICIO** | **COSTO**  **MENSUAL (Bs.)** | **COSTO ANUAL (Bs.)** | **COSTO TOTAL**  **(Bs.)** | **COSTO POR EXCEDENTE (Bs.)** |
| **1** | **HOTELERIA** |  |  |  |  |
| 1.1 | PIEZA CONVENCIONAL |  |  |  |  |
| 1.2 | SALA NEONATAL |  |  |  |  |
| 1.3 | UTI ADULTO CONVENCIONAL |  |  |  |  |
| 1.4 | UTI PEDIATRICO |  |  |  |  |
| 1.5 | UTI NEONATAL |  |  |  |  |
| 1.6 | LABORATORIOS |  |  |  |  |
| **2.** | **AMBIENTES REQUERIDOS** |  |  |  |  |
| 2.1 | AREA MEDICA EN HOSPITALIZACIÓN |  |  |  |  |
| 2.2 | AMBIENTE PARA JUNTAS MEDICAS (AUDITORIO) |  |  |  |  |
| 2.3 | AMBIENTE PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO |  |  |  |  |
| 2.4 | AMBIENTE PARA FARMACIA |  |  |  |  |
| 2.5 | AMBIENTE PARA VIGENCIA DE DERECHO |  |  |  |  |
| 2.6 | SERVICIO DE EMERGENCIA |  |  |  |  |
|  | SERVICIO EMERGENCIA CONVENCIONAL |  |  |  |  |
|  | AMBIENTE PARA TRIAJE |  |  |  |  |
|  | AMBIENTE VESTIDOR DE PERSONAL DE SALUD |  |  |  |  |
|  | SALA DE ESPERA ATENCIÓN EMERGENCIA CONVENCIONAL |  |  |  |  |
|  | AMBIENTE PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES EMERGENCIA |  |  |  |  |
|  | CONSULTORIOS MEDICOS ATENCIÓN EMERGENCIA CONVENVIONAL |  |  |  |  |
|  | AREA DE REANIMACION EN EMRGENCIA CONVENCIONAL |  |  |  |  |
|  | AREA DE OBSERVACION EN EMERGENCIA CONVENCIONAL |  |  |  |  |
|  | SALA DE CUARCION, INYECTABLE Y NEBULIZACION |  |  |  |  |
| 2.7 | QUIROFANO |  |  |  |  |
|  | QUIROFANO ASEPTICO |  |  |  |  |
|  | QUIRFANO OPCIONAL |  |  |  |  |
|  | SALA DE PARTO |  |  |  |  |
| 2.8 | SERVICIO DE ESTERILIZACION |  |  |  |  |
|  | SALA DE ESTERILIZACION (INCLUYE EQUIPAMIENTO E INSUMOS) |  |  |  |  |
|  | SALA DE RECUPERACION |  |  |  |  |
| 2.9 | OTROS AMBIENTES REQUERIDOS |  |  |  |  |
|  | SALA PARA INSTALACION DE SERVIDORES CSBP |  |  |  |  |
|  | 3 HABITACIONES PERSONAL MEDICO DE TURNO CSBP |  |  |  |  |
|  | 1 HABITACION PERSONAL MEDICO INTERNO DE TURNO CSBP |  |  |  |  |
|  | VESTIDOR – AREA DE DESCANSO PERSONAL DE ENFERMERIA |  |  |  |  |
| **3** | **ESTUDIOS ESPECIALES INCLUIDOS** |  |  |  |  |
| 3.1 | SERVICIO DE ENDOSCOPIA  (CON MATERIAL Y CAUTERIZACION INCLUIDA) |  |  |  |  |
|  | ENDOSCOPIA ALTA |  |  |  |  |
|  | ENDOSCOPIA BAJA (COLONOSCOPIA) |  |  |  |  |
| 3.2 | ECOGRAFIA DOPPLER COLOR |  |  |  |  |
|  | HOLTER |  |  |  |  |
|  | MAPA |  |  |  |  |
| 3.3 | RESONANCIA MAGNETICA |  |  |  |  |
| 3.4 | TOMOGRAFÍASY ANGIOTOMOGRAFÍAS |  |  |  |  |
| 3.5 | RX |  |  |  |  |
| **4** | **SERVICIOS INCLUIDOS** |  |  |  |  |
| 4.1 | ALIMENTACION |  |  |  |  |
| 4.2 | OXIGENO |  |  |  |  |
| 4.3 | SEGURIDAD Y VUGILANCIA |  |  |  |  |
| 4.4 | LIMPIEZA |  |  |  |  |
| 4.5 | LAVANDERIA Y PLANCHADO |  |  |  |  |
| 4.6 | SERVICIOS BASICOS |  |  |  |  |
| 4.7 | SERVICIO DE PERIFONEO |  |  |  |  |
| 4.8 | SERVICIO DE LLAMADO DE ENFERMERIA |  |  |  |  |
| **5** | **RECURSOS HUMANOS** |  |  |  |  |
| 5.1 | PERSONAL DE ENFERMERIA |  |  |  |  |
| 5.2 | PERSONAL MEDICO – U.T.I. PEDIÁTRICO |  |  |  |  |
| **TOTAL OFERTADO NUMERAL** | | | |  |  |
| **TOTAL OFERTADO LITERAL** | | | | |  |

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

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal**

### CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

**CITE: ASES.LEG.REG. No. \_\_\_-2024**

Conste por el presente documento privado un Contrato de **Prestación de SERVICIO DE HOSPITALIZACION** 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 por el **Lic. Carlos Antonio Quiroga Bermúdez**, con CI No. 959798 CBBA., **Gerente General de la CSBP**, según Poder General No. \_\_\_/2023, de \_\_ de \_\_\_\_ de 2023, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 67, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo de la Abg. 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. \_\_\_\_\_\_ (matrícula anterior \_\_\_\_\_\_), con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra y representada legalmente por el señor **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con CI No. \_\_\_\_\_\_, en mérito al Testimonio de Poder \_\_\_\_\_\_\_\_ No. \_\_\_/20\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. \_\_, del Distrito Judicial de \_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo del (de la) Abg., 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 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 Invitación Pública No. 004/2024 (Segunda Convocatoria), para la contratación de **SERVICIO DE HOSPITALIZACION**, 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 Final de Recomendación CITE: SC-BS-I-\_\_\_-2024.

2.3. Mediante Formulario de Aprobación de Gasto, el Gerente Administrativo Financiero y el Gerente Médico, han otorgado su Aprobación del Gasto y Adjudicación, a consecuencia de lo que se ha remitido a la **CONTRATADA** la Nota de Adjudicación CITE: SC-CO-NC-\_\_\_-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. R-\_\_\_, 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 del **SERVICIO DE HOSPITALIZACION,** con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP**, en adelante el “Servicio”, de acuerdo con las condiciones establecidas en las siguientes cláusulas.

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

La **CONTRATADA** se compromete a prestar el Servicio de acuerdo con los requerimientos y condiciones debidamente detallados en el Pliego de Condiciones del Proceso de Contratación Invitación Pública No. 004/2024 (Segunda Convocatoria) y su propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

Para una adecuada prestación del Servicio, la **CSBP** instruirá a sus asegurados, que deben cumplir las políticas de la **CONTRATADA**, durante la atención médica.

**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)**, el cual comprende todo lo detallado en la Parte V del Pliego de Condiciones (Especificaciones Técnicas), la propuesta de la **CONTRATADA** y el presente Contrato:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

El costo de los excedentes que la **CSBP** reconocerá a favor de la **CONTRATADA**, es el resultante de la aplicación de los precios unitarios que se detallan en el siguiente cuadro, y que se requerirán y utilizarán en función a las necesidades de la **CSBP,** con la previa aprobación del Director de Clínica de la **CSBP**, no existiendo una cantidad mínima ni máxima, por tratarse de una contratación por Evento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

La **CSBP** realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar una solicitud de pago en Oficinas Administrativas – Contabilidad, hasta el 05 del mes posterior a la prestación del Servicio, acompañada de la correspondiente pre-liquidación y el informe mensual de los servicios en atención convencional, los reportes señalados en el Pliego de Condiciones y el informe de los servicios excedentes.

El plazo para la aprobación de la solicitud de pago, la pre-liquidación y documentos adjuntos, será de diez (10) días calendario, desde su presentación, salvo que la misma esté incompleta o tuviere errores. De no existir observaciones que requieran información complementaria, la **CSBP** solicitará a la **CONTRATADA** que presente su factura en Oficinas Administrativas – Contabilidad. Una vez recibida la factura, la **CSBP** procederá al pago del Servicio en un plazo de diez (10) días calendario.

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

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (02) AÑOS,** plazo que se computará a partir de la Orden de Proceder que emitirá Jefatura Médica Regional, no existiendo tácita reconducción. Las Partes, previo acuerdo y en atención a los antecedentes de la prestación del Servicio, podrán renovar el presente Contrato.

**SEPTIMA. (COORDINACION).**

La **CONTRATADA**, a través de su representante legal, se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la prestación del Servicio y la ejecución del presente Contrato.Para el efecto, se realizarán las reuniones de coordinación que se consideren convenientes a criterio de la **CSBP**, en la que participarán además de los representantes legales de la **CONTRATADA** y de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente. La **CSBP** acreditará 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**, en que ésta incurra. Los asegurados y/o beneficiarios de la **CSBP**, serán atendidos conforme a procedimientos determinados, por lo que además de las sanciones previstas en el presente Contrato, la **CONTRATADA** asumirá la total responsabilidad de las consecuencias que estos hechos generen a la **CSBP** o a su población asegurada, por incumplimiento al presente Contrato.

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 de que no pudiera revalidar alguno de ellos o se viera legal o administrativamente impedida de seguir prestando el Servicio.

8.5. La **CONTRATADA** compromete que, en todo momento, los profesionales que estarán a cargo de realizar el Servicio cumplirán con la condición de experiencia señalada en el Pliego de Condiciones. Por ello, para sustituir cualquiera de los profesionales asignados a través de su propuesta, con carácter previo a operar dicho cambio, deberán demostrar que los sustitutos cumplen la misma condición y obtener la aprobación expresa escrita de la **CSBP**.

8.6. La **CONTRATADA** debe proporcionar durante la prestación del Servicio todo lo ofertado en su propuesta técnica. En el caso de comprobarse falta de infraestructura, equipamiento, mobiliario, instrumental médico, servicios generales, personal de la **CONTRATADA** u otra deficiencia real que impida la realización de algún tratamiento o atención a los asegurados, que así lo necesiten según indicación médica, la **CSBP** podrá atender a sus asegurados en un centro de similares características y el costo de esa atención, será disminuido del pago mensual de la **CONTRATADA**, que incluirá todos los gastos incurridos en la atención médica como ser: honorarios profesionales del personal médico, paramédico y otros, material médico quirúrgico, estudios de apoyo y diagnóstico, costos por uso de equipamiento médico, gastos de traslado al otro centro y/o clínica,gastos administrativos y todo gasto que se genere a consecuencia de la necesidad de traslado del paciente por incumplimiento y/o falencias de la **CONTRATADA**, misma que abarcará hasta el alta médica del paciente trasladado.

8.7. La **CONTRATADA** precautelará y dotará de los medios seguros para la movilización de pacientes en camillas y sillas de ruedas a través de ascensor (monta camillas), o rampas, que se requieran según el caso.

8.8. La **CONTRATADA** realizará bajo su costo, estudios bacteriológicos de las áreas críticas con la finalidad de mantener la seguridad epidemiológica y asepsia, en forma mensual. La **CSBP** por su cuenta podrá realizar las comprobaciones y controles de calidad que vea conveniente a la **CONTRATADA.**

8.9. La **CONTRATADA** realizará el mantenimiento de la estructura civil con fines de mantener la calidad del servicio.

8.10. La **CONTRATADA** se compromete a cumplir las normas y procedimientos de Bioseguridad vigentes en el Sector Salud, exigidas por el SEDES y la ASUSS para la habilitación y funcionamiento, así como, para la acreditación de establecimientos hospitalarios.

**NOVENA. (MULTAS).**

La **CSBP** ante el incumplimiento de la **CONTRATADA** por causas atribuibles a la misma, respecto de alguna 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. La multa será aplicada por cada evento. Esta multa será deducida del pago mensual correspondiente.

**DECIMA. RESOLUCION.**

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

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

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

10.4. La resolución del Contrato, cuando corresponda a alguno de los casos anteriores, 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.

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

* 1. En caso de surgir dudas entre los derechos y obligaciones de las Partes durante la ejecución del presente Contrato, las Partes acudirán a los términos y condiciones del presente Contrato, a la Propuesta Adjudicada y a los Términos de Referencia o Especificaciones Técnicas, en ese orden de preferencia.
  2. Todo litigio, conflicto, diferencia, discrepancia, cuestión, reclamación, interpretación o controversia resultante u originada en la ejecución del presente Contrato, será resuelta en la vía de la Conciliación convencional entre Partes o mediante el Arbitraje. Si la vía de conciliación no resuelve el conflicto en el plazo de 15 (quince) días calendario computables a partir del inicio de la etapa de conciliación, se agotará esta vía de forma automática y se activará la fase del Arbitraje.

Se acuerda que el Arbitraje se llevará a cabo en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra-Bolivia y será administrado por el Centro de Conciliación y Arbitraje que la **CSBP** elija. El Arbitraje se desarrollará en idioma español y dentro de la jurisdicción y normativa boliviana.

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

Ningún proceso de conciliación o arbitraje planteado por las Partes podrá suspender las obligaciones de cumplimiento de este Contrato por la **CONTRATADA**, salvo acuerdo de Partes.

* 1. La presente cláusula de compromiso de conciliación o arbitraje, en forma totalmente independiente, tendrá la calidad de cosa juzgada, de acuerdo con los artículos 945 y 949 del Código Civil Boliviano.

**DECIMO TERCERA. (GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO).**

**Primera opción (Garantía a Primer Requerimiento de Cumplimiento de Contrato)**

13.1. La **CONTRATADA** garantiza el correcto cumplimiento y la fiel ejecución del presente Contrato, en todas sus partes, con la Garantía a Primer Requerimiento de Cumplimiento de Contrato **No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_**, por **Bs\_\_\_\_\_.- (\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00/100 Bolivianos)**, emitida por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con vencimiento al \_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_, a la orden de la **CSBP** por el siete por ciento (7%) del valor total anual del Contrato.

13.2. El importe de dicha garantía, en caso de cualquier incumplimiento contractual incurrido por la **CONTRATADA**, o si la garantía no fuera renovada o no fuera renovada oportunamente, será pagado en favor de la **CSBP** sin necesidad de trámite o acción judicial alguna, solamente a su simple requerimiento.

13.3. La **CONTRATADA** tiene la obligación de mantener actualizada la Garantía a Primer Requerimiento de Cumplimiento de Contrato, para lo cual efectuará su renovación anual durante la vigencia del presente Contrato.

13.4. En ningún caso, el presente Contrato podrá quedar sin garantía de cumplimiento de Contrato, por lo que la **CONTRATADA** debe tomar los recaudos necesarios a dicho efecto.

**Segunda opción (Retención).**

13.1. De conformidad con lo establecido en el Art. 22 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, en calidad de Garantía de Cumplimiento de Contrato, la **CSBP** efectuará la retención del siete por ciento (07%) del monto mensual a cancelar.

13.2. Esta retención se efectuará hasta llegar al importe equivalente al siete por ciento (07%) del importe anual a cancelar.

13.3. Al cumplimiento de la vigencia del Contrato y siempre que se haya cumplido con todo el objeto del Contrato, se procederá a su devolución, previo informe de conformidad de la Unidad Solicitante del Servicio.

13.4. La **CSBP** ejecutará esta garantía y la consolidará en su favor, en caso de incumplimiento del presente Contrato.

**DECIMO CUARTA. (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 QUINTA. (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 Invitación Pública No. 004-2024 (Segunda Convocatoria) y la propuesta presentada por la **CONTRATADA**.

**DECIMO SEXTA. (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 sociolaborales y de bioseguridad con su personal, a su propio costo.

**DECIMO SEPTIMA. (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 OCTAVA. (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 CCR/A.L. No. \_\_\_/202\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 202\_, por la que el SEDES autoriza el Funcionamiento del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 NOVENA: GASTOS DE PROTOCOLIZACIÓN.**

Todos los gastos que demande la protocolización del presente documento, serán cubiertos en su integridad por la **CONTRATADA.**

**VIGESIMA. (ACEPTACION).**

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente contrato en cuatro (04) ejemplares de un mismo tenor y valor legal en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CONTRATADA** | **LIC. CARLOS A. QUIROGA BERMUDEZ GERENTE GENERAL**  **CSBP** |

**ANEXO 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO E-2** | | | | | |
| **EVALUACION DE LAS PROPUESTAS ECONOMICAS** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nº** | **NOMBRE DEL PROPONENTE** | **IMPORTE MENSUAL OFERTADO** | **IMPORTE ANUAL PRESENTADO EN SU PROPUESTA EN BS** | **MONTO AJUSTADO POR REVISIÓN ARITMÉTICA** | **LUGAR QUE OCUPA DE ACUERDO AL MENOR PRECIO OFERTADO** |
| **(MAPRA)** |
| **1** | **PROPONENTE 1** |  |  |  | **PRIMER LUGAR** |
| **2** | **PROPONENTE 2** |  |  |  | **SEGUNDO LUGAR** |
| **3** | **PROPONENTE 3** |  |  |  | **TERCER LUGAR** |
| **4** | **PROPONENTE 4** |  |  |  | **CUARTO LUGAR** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | **COMISION DE CALIFICACIÓN** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |