

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### SUC-CM-01-2022

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACION SERVICIOS EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION”** |

**Sucre, Marzo de 2022**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO SUC-CM-01-2022**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACION DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: A las mejores propuestas que cumplan lo requerido.  Se podrá adjudicar los servicios a - a más de un proponente y los servicios contratados serán a requerimiento de la CSBP |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Cumple/No cumple |
| Encargados de atender consultas: Lic. Fernando Calani  Lic. Francisco Guzmán |
| Correo electrónico: [fernando.calani@csbp.com.bo](mailto:fernando.calani@csbp.com.bo)  francisco.guzman@csbp.com.bo |
| Teléfono: (591-4) 64-65226 64-45119 int. 5208 |

**INVITACION PUBLICA SERVICIOS DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 24/03/2022 | 09:00 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Inspección Previa | No corresponde | No corresponde | No corresponde |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta: 28/03/2022 | Hasta  Hrs. 12:00 | Dirigidas a:  [fernando.calani@csbp.com.bo](mailto:fernando.calani@csbp.com.bo) francisco.guzman@csbp.com.bo |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta: 29/03/2022 | Hasta  Hrs. 15:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID:  Passcode: https://us02web.zoom.us/j/83015321629?pwd=UHpoRjNIVWJIMVBSd0F5Z2FLQmtCUT09 |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 31/03/2022 | Hasta:  Hrs. 15:00 | **Presentación Física:**   Las propuestas deberán presentarse en instalaciones de la Caja de Salud de la Banca Privada, Recepción de Correspondencia – Oficina Sucre (Calle Azurduy N° 89 Esq. Bolívar) |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta: 31/03/2022 | Hasta:  Hrs. 15:15 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID:  Passcode:  https://us02web.zoom.us/j/84678268051?pwd=YkkwZXI5aFdMQ1AxMXdGU0F5b3p0Zz09 |
| 7 | Resultado Del Proceso | 1/04/2022 | | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE I**  **INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** | |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE** | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº060/2021 del 30 de noviembre de 2021, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES** | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:   1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia. 2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia. |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades:   * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada. * Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP. * Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.   Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación:   * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo. * Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa. * Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto. |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE** | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:   * 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.   2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.   3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente. |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP** | * 1. Instancia de Aprobación:     Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Joaquín López Gerente General  Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero  Dr. Edgar Butron Gerente Médico  Para el presente proceso de contratación se designará un Comité de Contrataciones que dará la no objeción para la firma del Contrato. |
| 1. **IDIOMA** | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA** | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN** | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:   1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física. 2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío. 3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación. |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:   1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso. 2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación. 3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.   La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.  Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.  Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.  El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:   1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC. 2. Error en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N°3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original** * Formulario **N°4** de Experiencia de la empresa,identificado en los Anexos de este documento, **en original**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN POR ITEMS**   * La propuesta económica debe ser presentada en el **Formulario N°**5 Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, para lo que se considerará lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS** | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.  La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.  El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.  No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.  La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **OFICINA NACIONAL,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: Las propuestas deberán presentarse en instalaciones de la Caja de Salud de la Banca Privada, Recepción de Correspondencia – Oficina Sucre (Calle Azurduy N° 89 Esq. Bolívar)  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: SU-CM-01-2022**  **“CONTRATACION DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION”**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas 15:15 del día 31** **de marzo de 2022**  Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante  nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá  solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o  complementaciones a la misma.  Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.  Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.  El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continua  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.  **OFERTA ELECTRONICA:**  También se aceptarán las propuestas en formato electrónico una vez que la empresa se haya registrado y se encuentre habilitada en el sistema de gestión de  proveedores de la CSBP, en este caso el proponente solo debe hacer llegar la garantía de seriedad de propuesta en original en el plazo establecido. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes:  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Garantía de seriedad de Propuesta. 4. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 5. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria (Fianza Bancaria) de Seriedad de Propuesta. 9. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 10. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

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

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

|  |
| --- |
| **PARTE V**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** |
| ***REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | PARA SER LLENADO POR LA CSBP | | | | CARACTERISTICA SOLICITADA | | | | | **1.** |  | Sala de Emergencias (Para la atención de nuestros pacientes, uso por el médico de guardia y/o especialista). | |  | *1a* | Disponibilidad mínima de 3 camillas. | |  | *1b* | Equipo de resucitación básica. | |  | *1c* | Calefacción (central o portátil). | |  | *1d* | Provisión de Oxígeno y aspiración (central o portátil). | | **2.** |  | Salas de internación individuales con baño privado. (incluido en el paquete). | |  | *2a* | Cubículo de observación “internación transitoria” | |  | *2b* | Capacidad mínima de 6 camas de internación | |  | *2c* | Camas y colchones en cada sala. | | **3.** |  | Área quirúrgica con capacidad mínima de 1 quirófano completamente equipado y disponible para cirugías programadas y de emergencia (incluido en el paquete). | |  | *3a* | Mesa quirúrgica y lámpara cialítica fija en correcto funcionamiento (funcionamiento verificado por profesionales de la CSBP). | |  | *3b* | Una máquina de anestesia completa en correcto funcionamiento y otra opcional para cirugías simultáneas (funcionamiento verificado por profesionales de la CSBP). Monitor con oxímetro y capnógrafo. | |  | *3c* | Sistema de Aspiración para cirugías (central o portátil) | |  | *3d* | Sala de recuperación | |  | *3e* | Sala de recuperación: Ambiente con capacidad para alojar como mínimo 1 paciente de la CSBP. | |  | *3f* | Área vestuario Médicos | |  | *3g* | Área de lavado manos | | 4. |  | Sala de Partos (incluido en el paquete). | | 5. |  | Sistema de provisión de oxígeno (fijo). | | 6. |  | Servicios auxiliares de diagnóstico de Rayos X y Ecografía como mínimo, para atención de pacientes internados. | | 7. |  | Servicio de neonatología**,** equipada con lo mínimo para una atención adecuada al recién nacido. | | 8. |  | Servicio de Terapia intensiva UTI (opcional) | | 9. |  | Servicio de farmacia: Con medicamentos contenidos en la LINAME (para emergencias) | | 10 |  | Médicos de Guardia y/o especialistas las 24 hrs. para la atención de consulta de emergencias y pacientes hospitalizados, mismos que constituyen personal de la Clínica. (Incluye personal para la atención de sus pacientes particulares). | | 11 |  | Servicio de Limpieza (de la clínica o tercerizada) | | 12 |  | Servicio de Alimentación y Nutrición (de la clínica o tercerizada). | | 13 |  | Licencia de funcionamiento del SEDES. (o similar) |   ***REQUERIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | PARA SER LLENADO POR LA CSBP | | | | CARACTERISTICA SOLICITADA | | | | | **A. INFRAESTRUCTURA: Listado de Ambientes o Espacios** | | Cantidad | | **1** | **Consultorio o Sala de Emergencias con disponibilidad de 1 camilla.** | Una Unidad | |  | CARACTERISTICAS: |  | |  | Un consultorio completo, con baño privado.  Iluminado y ventilado adecuadamente.  Calefacción (central o portátil).  Provisión de Oxígeno y aspiración (central o portátil).  Lavamanos para el personal médico con todos los insumos, incluyendo agua caliente y fría.  Teléfono interno con salida externa local y a celular.  De fácil accesibilidad para atención de urgencias.  Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza.  Posibilidad de instalación de equipo de computación y software médico de la CSBP.  Disposición de desechos según norma de bioseguridad. |  | | **2** | **Ambiente o cubículo de observación “internación transitoria” o hidratación: Por lo menos un cubículo con camilla e implementos básicos (además de la camilla de emergencia).** | Una Unidad | |  | \* Iluminación, ventilación y calefacción (puede ser portátil) adecuadas.  \* Teléfono interno y timbre de llamado.  Ambiente o espacio cerca de enfermería o del médico de guardia, para el colocado de sueros, inyectables u otros procedimientos médicos o de enfermería para pacientes ambulatorios de emergencia que requieran ser observados (que no precisan de internación). |  | | **3** | **Salas de internación individuales con baño privado.** compra por evento | Mínimo 4 | |  | CARACTERISTICAS: |  | |  | \* Salas individuales con sofá o cama de acompañante |  | |  | \* Baño en cada habitación con ducha, incluyendo agua caliente y fría, lavamanos y todos los insumos. |  | |  | \* Teléfono interno con salida externa local. Tv en buenas condiciones, con tv cable en cada habitación. |  | |  | \* Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza |  | | **4** | **Área quirúrgica** | 1Q. | |  | CARACETISTICAS: |  | |  | QUIROFANO |  | |  | \* Un quirófano de uso por evento para la CSBP, para cirugías programadas y de emergencia, a requerimiento sin restricciones de uso de acuerdo a programación de cirugías o presentación de emergencias quirúrgicas, habilitado las 24 horas del día incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. |  | |  | \* Un segundo quirófano adicional en caso de requerir cirugías simultaneas en caso excepcional de la CSBP. |  | |  | \* Sistema de Aspiración para cirugías (central o portátil) |  | |  | \* Provisión de O2. (central o fijo) |  | |  | \* Sistema de aire acondicionado y calefacción. |  | |  | \* Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  | |  | SALA DE RECUPERACION: |  | |  | \* Ambiente con capacidad para alojar como mínimo 1 paciente de la CSBP. |  | |  | \* Calefacción (puede ser portátil) |  | |  | Área Descanso/ Vestuario Médicos |  | |  | Área de lavado manos |  | |  | Área de lavado de material quirúrgico |  | |  | Área de Suministros |  | |  | SALA DE ESTERILIZACION |  | |  | Un ambiente para esterilizar material médico quirúrgico. |  | |  | Sistema de esterilización con Óxido de etileno |  | | **5** | **Sala de Partos** | 1 Un | |  | CARACTERISTICAS: |  | |  | Con mesa ginecológica para partos, articulable y en buenas condiciones. |  | |  | Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  | |  | Calefacción (puede ser portátil) |  | |  | Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza |  | | **6** | **Área de Recepción del Recién Nacido** | 1 Un | |  | CARACTERISTICAS: |  | |  | Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  | |  | Lavamanos para personal médico con agua caliente y fría. Con dispenser de antiséptico para manos. (de uso eventual para instrumental ) |  | |  | Calefacción (puede ser central o portátil) |  | |  | Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza. |  | | **7** | **Estación de enfermería** por piso | 1 Un | |  | CARACTERÍSTICAS: |  | |  | Unidad de enfermería que cuente con: |  | |  | \* Área limpia para preparación de medicamentos |  | |  | \* Área contaminada para lavado y preparación de material. |  | |  | \* Área de recepción, para la atención directa de información |  | |  | \* Teléfono con comunicación interna con salida externa local y a celular |  | |  | \* Paredes y pisos lavables. |  | |  | NOTA: Si las piezas de internación se encuentran en varios pisos, será necesario una Unidad de Enfermería por piso, para el correcto seguimiento del paciente. |  | | **8** | **Rayos X.** | 1Unidad | |  | CARACTERÍSTICAS: El costo por el servicio será por evento La CSBP requerirá de este servicio para pacientes hospitalizados, en quirófano y emergencias que acudan al Centro Hospitalario (siempre y cuando no puedan trasladarse al centro de RX externo contratado por la CSBP) (No para pacientes ambulatorios de Consulta externa y del Poli consultorio). | |  | Comprende la realización del estudio y el reporte correspondiente. (costo por evento) |  | |  | Capacidad para la toma de placas, incluyendo los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables, para las emergencias. ADJUNTAR COMPROMISO. |  | |  | La clínica debe contar con un profesional acreditado para la realización de estos estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION. |  | | **9** | **Ecografía.** | 1Unidad | |  | CARACTERISTICAS: La CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y casos de emergencia de pacientes que acudan al centro hospitalario, siempre y cuando no puedan trasladarse al centro externo contratado por la CSBP. (No en pacientes ambulatorios de Consulta Externa o del Poli consultorio) | |  | Comprende la realización del examen ecográfico y el reporte correspondiente. (costo por evento) |  | |  | Los estudios podrán requerirse en horarios diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables, de acuerdo a la patología del paciente de emergencia. ADJUNTAR COMPROMISO. |  | |  | La clínica debe contar con un profesional acreditado que realice los estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION |  | | **10** | **Área de Farmacia.** | 1Unidad | |  | CARACTERISTICAS: Almacenamiento de medicamentos para pacientes de la CSBP. Según norma vigente | |  | Espacio para Vitrina para Botiquín de Farmacia.-Un espacio para ubicar la vitrina de medicamentos del botiquín de la C.S.B.P. |  | |  | Ambiente cercano al consultorio de emergencias o en el mismo consultorio. |  | | **11** | **Central de informaciones.** | 1Unidad | |  | CARACTERISTICAS: | |  | Un ambiente ubicado al ingreso del centro hospitalario, que cuente con central telefónica y personal permanente en horarios de 8:00 am a 8:00 pm. |  | | **12** | **Salas de espera.** | 1Unidad | |  | CARACTERISTICAS: |  | |  | Ambiente con capacidad de alojar mínimo 8 personas. |  | |  | Iluminación y ventilación adecuada. |  | |  | Baño público equipado cerca de la sala de espera. |  | | **13** | **Áreas auxiliares para limpieza** | 1Unidad | |  | CARACTERISTICAS: | |  | Ambiente adecuado para almacenar material e insumos de limpieza, bajo normas de bioseguridad. |  | |  | Con ambiente para el depósito final de desechos hospitalarios, según normas de bioseguridad. |  | | **14** | **Sala de terapia intensiva adultos** | Una Unidad | |  | Ambiente adecuado para atención de pacientes críticos, bajo normas de bioseguridad (compra por evento). |  | |  | Personal capacitado y calificado para la atención las 24 hrs. (ENFERMERIA). |  | |  | Sistema de oxígeno, co2, aspiración (CENTRAL O PORTATIL) |  | | **15** | **Ascensor o rampla para el traslado de pacientes.** | Una Unidad | |  | CARACTERISTICAS: | |  | Sistema de traslado de pacientes que incluyan un ascensor o una rampla. Una unidad adecuada para el centro hospitalario, consistente en camilla y silla de ruedas con capacidad mínima de 300 Kg. |  |   **B. Equipamiento y mobiliario: según áreas y espacios requeridos**   |  |  | | --- | --- | | PARA SER LLENADO POR LA CSBP | | | CARACTERISTICA SOLICITADA | | | | **1** | **1. Sala de Emergencias general del centro hospitalario con disponibilidad de 1 camilla.** | | **1.1 Equipos médicos** | | ·Camilla adecuada para emergencias con ruedas de transporte (1 pieza) | | ·Lámpara auxiliar cuello de ganzo de luz fría (2 piezas) (o puede ser cialíticas). | | ·Dos carros de curaciones equipados con insumos necesarios para cualquier procedimiento. | | ·Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos. | | ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oximetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc) exclusivo del servicio emergencias | | ·Tensiómetros de mercurio de pie o pared (2 piezas) | | ·Fonendoscopios: 1 para adultos, 1 pediátrico y 1 neonatal. | | ·Linternas para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 piezas) | | ·Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) | | ·Balanza neonatal (una pieza) | | ·Negatoscopio de dos cuerpos. | | ·Nebulizador para uso de pacientes hospitalarios o por emergencia (mínimo para dos pacientes) | | ·Vaporizador para uso de pacientes ambulatorios. | | ·Humidificadores de oxigeno con mascarillas, nariceras para niños y adultos en cantidades suficientes. | | ·Instrumental necesario en la especialidad de traumatología para aplicación y retiro de yesos (Sierra eléctrica, Cizalla, Separador y tijeras lister) | | ·Calefacción (puede ser portátil) | | -Microondas para calentar soluciones parenterales (o en áreas cercanas). | | TOTAL 1.1 Equipos médicos | | **1.2 Mobiliario ropa e insumos** | | ·Vitrinas con cajonería | | ·Escritorio con cajonería | | ·Dos sillas recibidoras | | ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) | | ·Sabanillas en cantidad suficiente | | ·Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes | | ·Disponer de privacidad a pacientes por cortinas o persianas de separación con tela lavable, (no biombos) | | ·Palanganas (cubetas) que faciliten la asepsia preferentemente de metal. | | ·Trípodes para soporte de sueros (2 piezas) | | TOTAL 1.2 Mobiliario ropa e insumos | | **2** | **2. Ambiente o cubículo de observación o internación transitoria.** | | ·Una camilla preferentemente con barandas de seguridad. | | ·Un trípode de soporte de sueros. | | ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) | | TOTAL 2 Ambiente o cubículo de observación e hidratación | | **3** | **3. Sala de internación individuales con baño privado** | | ·Cama ortopédica, con barandas de seguridad. | | ·Colchón ortopédico con cobertores de protección para calor y frío y almohada. | | ·Gradilla (en caso de que la cama no baje lo suficiente). | | ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. | | ·Un soporte para venoclisis por cada cama. | | ·Edredón de invierno y otro de verano con dos frazadillas polares térmicas adicionales por cada cama. | | ·Iluminación central y en cabecera. | | ·Disponibilidad de comunicación telefónica. Intercomunicador en cabecera de cada cama. | | ·Ropero con colgadores | | ·Batas descartables para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes (en caso de pacientes con potencial riesgo de infección, aislados, otros; sin costo adicional) | | ·Una mesa de noche o velador por cama | | ·Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada pieza | | •Sofa o cama para acompañante. | | ·Televisor fijo a color con buena recepción de los canales locales y TV cable y control remoto. | | ·Una silla para visitas por cada pieza. | | ·Basureros para desechos según norma de bioseguridad. | | TOTAL 3. Sala de internación individuales baño privado | | **4** | **4. Área quirúrgica** | | **4.1 QUIROFANOS** | | **4.1.1 Equipos médicos** | | ·Mesa quirúrgica articulable completa con todos los movimientos. | | ·Equipo de cirugía laparoscópica completo (opcional), que permita efectuar intervenciones quirúrgicas abdomen (de vesícula biliar), con instrumental complementario completo y en buenas condiciones (pinzas, trocares, reductores, óptica y otros) | | ·Equipo de Rayos “X” portátil, | | ·Máquinas de anestesia completa con vaporizador para sevofluorano, isofluorano y halotano. ( una para cada quirófano). | | ·Un desfibrilador por quirófano en adecuado funcionamiento | | ·Equipo de monitoreo multiparámetros con capnografía y oximetría, incluida al equipo o como equipo adicional | | ·Sistema de Bain pediátrico y de adultos. Con bolsas de ventilación de 500, 1000 y 2000 cc. | | .Sensores de oximetría adulta y pediátrica compatible con los monitores de signos vitales. | | ·Electro bisturí mono polar y bipolar con electro coagulador, para cirugía convencional y laparoscópica que incluya placas fijas o desechables. | | ·Negatoscopio de dos cuerpos en cada quirófano | | ·Microondas para calentar soluciones parenterales (o en áreas cercanas). | | ·Lámpara cialitica con dos brazos con sistema de regulación de intensidad luminosa (mínimo 1 por quirófano) | | ·Un juego de laringoscopio pediátrico y de adultos con juego completo de hojas rectas y curvas, en diferentes números. | | ·Un juego de cánulas de mayo y máscaras laríngeas para adultos, niños y neonatos. | | ·Una pieza de ambu con reservorio para niños adultos y neonatos | | ·Mascarillas y nariceras de oxígeno para adultos niños y neonatos. | | ·Lentes de protección para todo el equipo quirúrgico. | | ·El quirófano destinado a cirugía obstétrica deberá incluir un área de atención al recién nacido para la asistencia de neonato. Balanza, sistema de aspiración y oxígeno. | | ·Mandil de protección para Rayos “X” | | ·Mesas auxiliares para instrumentación (1 por cada quirófano) | | TOTAL 4.1.1 Equipos médicos | | **4.1.2 Instrumental** | | ·Compromiso de parte del Centro Hospitalario de que el instrumental quirúrgico será dotado de acuerdo a normas de esterilización internacionales y en buenas condiciones. | | ·Paquetes de Instrumental médico completos y en cantidad suficiente para cirugía mayor, mediana y menor en todas las especialidades incluyendo: cirugía general, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringológica, en caso de no contar con instrumental en alguna de las especialidades, deberán efectuar todas las gestiones para la dotación de este coordinando con el especialista. | |  | Contar con Instrumental para cirugía laparoscópica de abdomen (para colecistectomía mínimo) | | TOTAL 4.1.2 Instrumental | | **4.1.3 Ropa Quirúrgica** | | Ropa quirúrgica para todo el equipo quirúrgico de diferentes tallas, en buen estado y calidad en cantidad suficiente, para la realización de dos cirugías simultáneas. El requerimiento incluye ropa estéril según el procedimiento a realizar, aclarando que gorros, barbijos y botas deberán ser desechables acorde a las normas de bioseguridad e incluidas en el servicio quirúrgico. | | TOTAL 4.1.3 Ropa Quirúrgica | | **4.2 SALA DE RECUPERACION** | | ·Mínimo una camilla de transporte, con barandas de seguridad y soporte incluido para soluciones | | ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc) exclusivo del área quirúrgica. | | ·Oxímetro de pulso con sensores pediátricos y adultos. | | ·Sabanas, sabanillas y frazadillas en cantidades suficientes | | Tensiómetro y estetoscopio de adulto y pediátrico. | | TOTAL 4.2 SALA DE RECUPERACION | | **4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos** | | ·Sillones de descanso en vestuario | | ·Casilleros con colgadores y llaves individuales, suficientes para el personal médico y paramédico considerando 2 cirugías simultáneas inclusive. | | ·Mesa para refrigerio con termo de agua, servicio de té o café. | | ·Dispensador de agua caliente y fría. | | TOTAL 4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos | | **4.4 Área de lavado manos** | | ·Agua caliente y fría. | | ·Dispensador de antisépticos líquidos en todas sus variedades. | | ·Cepillos para lavado de manos quirúrgico estériles | | TOTAL 4.4 Área de lavado manos | | **4.5 Lavado de material quirúrgico** | | ·Lavamanos adecuado para instrumental. | | ·Agua caliente y fría. | | ·Materiales e insumos de limpieza y desinfección suficientes, de acuerdo a normas internacionales de bioseguridad. | | TOTAL 4.5 Lavado de material quirúrgico | | **4.6 Área de Suministros:** | | · Contar con suministros suficientes para proveer material estéril para 2 cirugías diarias en forma simultánea. (Verificado en el momento de la visita). | | ·Estantes para material estéril | | ·Ventanilla o área de atención con mesón y/o escritorio | | TOTAL 4.6 Área de Suministros: | | **4.7 Sala de esterilización** | | ·Esterilizador de calor seco | | ·Esterilizador de vapor saturado a presión , | | ·Lavamanos con agua caliente y fría. | | ·Controles de esterilización especiales y registros | | ·Estantes de almacenamiento de material. | | ·Mesa para el preparado de material. | | ·Microondas. | | ·Elementos adecuados para el procedimiento al sistema de esterilización con óxido de etileno. | | ·Dotación de ampollas, testigos y biológicos de control para óxido de etileno, en cantidades suficientes. | | ·Sistema de sellado de paquetes para esterilización al óxido de etileno | | TOTAL 4.7 Sala de esterilización | | **5** | **5. Sala de partos** | | **5.1 Atención de la madre** | | ·Mesa ginecológica articulable completa con taburete giratorio graduable | | ·Paquetes quirúrgicos e instrumental suficiente para la atención de partos. | | ·Mesa para preparación de campos. | | ·Lámpara auxiliar con luz fría, preferentemente cialítica | | ·Amniotomos | | ·Equipo de reanimación para adulto completo (ambu con reservorios, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo para adultos) | | ·Recipientes para manejo de residuos según normas de bioseguridad | | ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas estériles. | | ·Sistema de oxigeno que incluya mascarillas y nariceras. | | ·Dos carros de curación, el primero que incluya antisépticos en todas sus variedades, gasas apósitos en cantidades suficientes, el segundo sirve como mesa auxiliar. | | ·Ropa estéril con dotación suficiente y oportuna | | Mandil estéril o bata quirúrgica adecuado para el personal médico | | TOTAL 5.1 Atención de la madre | | **5.2 Atención del recién nacido** | | ·Balanza para neonatología | | ·Área de atención al recién nacido adecuada en temperatura, luz y segura a los movimientos del neonato. | | ·Oxímetro de pulso con sensor neonatal | | ·Equipo de reanimación neonatal completo: (ambu con reservorio, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo neonatales) | | ·Mascarillas laríngeas neonatales | | ·Mesón de atención de recién nacido, | | ·Insumos de limpieza y desinfección para la sala | | ·Sistema de aspiración completo y en adecuado funcionamiento que incluya cánulas de aspiración. | | ·Sistema de oxigeno que incluya mascarillas y nariceras, sistema de aspiración | | ·Material y equipamiento para la toma de medidas antropométricas. | | TOTAL 5.2 Atención del recién nacido | | **6** | **6. Área de Neonatología** | | ·Una incubadora completa y en correcto funcionamiento. | | ·Dos cunas lavables, transportables y con posibilidad de posición fowler. | | ·Un equipo de luminoterapia percutánea con filtro y protección de los recién nacidos, | | ·Mesa de examen con tallímetro balanza neonatal y equipo de antropometría neonatal | | Una Servocuna en correcto funcionamiento. | | ·Una lámpara auxiliar cuello de ganzo con luz fría. | | ·Halos cefálicos en todos sus tamaños | | ·Una Aerocamara | | ·Humidificadores de oxigeno con mascarillas, nariceras para niños en cantidades suficientes. | | ·Un fonendoscopio neonatal. | | ·Esterilizador de biberones o proceso que garantice su limpieza | | ·Bañera con ducha de agua caliente y fría para baño de recién nacidos | | ·Área de filtrado de agua para hervir y preparar formulas. | | ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración. | | ·Sistema de oxigeno que incluya mascarillas y nariceras | | ·Estantería para medicamentos y ropa propia de la sala. | | ·Todas las cunas contaran con dotación de ropa de cama en condiciones óptimas de limpieza y calidad (mínimo dos juegos completos por cuna), (dos) frazadas específicas para transporte de recién nacidos. | | ·Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio | | ·Disponibilidad de contenedores para ropa y desechos según normas de bioseguridad. | | TOTAL 6. área de Neonatología | | **7** | **7. Estación de enfermería** | | 7.1 Equipamiento | | ·Carro de paro cardiaco equipado con todo lo necesario según normas internacionales, que garantice la atención del paciente. | | -Escritorio y sillas | | ·Tabla de reanimación. | | ·Área de historias clínicas de fácil acceso. | | ·Un refrigerador para uso exclusivo de medicamentos con acceso al personal de los diferentes turnos. | | ·Central de timbres con desactivación de llamado en pieza del paciente | | ·Doopler fetal (portátil) | | ·Intercomunicador para todos los pisos y servicios | | ·Un negatoscopio por central de enfermería. | | ·Equipo de Nebulización. | | ·Vaporizador | | ·Humidificadores, flujometros de oxigeno con mascarillas, puntas nasales para adultos y niños en cantidades suficientes. | | ·Dos tensiómetros de mercurio y de pie con ruedas y tres estetoscopios mínimos por piso. | | ·Un tensiómetro pediátrico mínimo por piso, con brazales de diferentes dimensiones. | | ·Un estetoscopio pediátrico y neonatal mínimo por piso. Otoscopio. | | ·Glucómetro digital (mínimo 1 por piso) con disponibilidad de cintas reactivas en cantidad suficiente. | | ·Oxímetro de pulso con sensor para niños y adultos. | | ·Espéculos ginecológicos de diferentes tamaños y en cantidades suficientes. | | ·Linternas con luz funcionando (mínimo 2 por piso). | | ·Trípodes una por pieza. | | ·Un arco balcánico. | | ·Una silla de ruedas | | ·Camillas de transporte con ruedas | | ·Estación intermedia de desechos según normas de bioseguridad. | | TOTAL 7.1 Equipamiento | | **7.2 Mobiliario** | | ·Mostrador para atención al público. | | ·Tapas metálicas para historias clínicas en cantidad suficiente | | ·Casilleros individuales por pieza para medicamentos del paciente. | | ·Tarjetero para tratamientos. | | ·Estantería para almacenamiento de material, instrumental y medicamentos. | | TOTAL 7.2 Mobiliario | | **7.3 Otro equipamiento** | | ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. | | ·Lavado de instrumental con lavamanos de dos cuerpos, agua caliente y fría todo el tiempo. | | ·Dispensador de jabón líquido y dotación permanente de papel toalla. | | ·Un carro de curaciones completamente equipadas por central de enfermería. | | ·Equipos de curación y sutura en cantidad suficiente (mínimo 4 por central de enfermería). | | ·Irrigador para enemas evacuantes en cantidad suficiente y a requerimiento. | | ·Instrumental para procedimientos menores, tijeras, pinzas, cánula, sonda, atc. | | TOTAL 7.3 Otro equipamiento | | **8** | **8. Estudios auxiliares (radiografía y ecografía)** | | ·Equipo fijo de Rx. | | ·Ecógrafo de buena resolución, con transductores de diferentes tipos e impresora | | TOTAL 8. Rayos X | | **9** | **9. Otros servicios de diagnóstico** | | ELECTROCARDIOGRAFO | | ·Equipo confiable para la toma de ECG. e impresora con papel suficiente para pacientes hospitalizados y de emergencia. | | EQUIPO DE ENDOSCOPIA | | Capacidad para endoscopias altas y bajas | | TOTAL 9. Otros servicios de diagnóstico | | **10** | **10. Central de informaciones** | | Sistema telefónico con capacidad para recepción y transferencia de llamadas telefónicas en toda la red instalada en los ambientes de la Clínica y salas de internación. | | TOTAL 10. Central de informaciones | | **11** | **11. Salas de espera** | | ·Sillones de espera ergonómicos ubicados de forma adecuada (para un mínimo 8 personas) | | ·Televisor fijo con tv cable. | | ·Revistero o Mesa central que permita el acceso a información escrita de la CSBP. | | ·Espacio para colocar buzón de sugerencias | | TOTAL 11. Salas de espera | | **12** | **12. Áreas auxiliares para limpieza** | | ·Carros de transporte de desechos desde la fuente hasta la estación final. | | ·Material de limpieza e insumos adecuados en cantidad suficiente para el centro hospitalario. | | TOTAL 12. Áreas auxiliares para limpieza | | **13** | **13. Sala de Terapia Intensiva Adultos.** | | Monitor multiparametrico, oximetro/capnografo, electrocardiógrafo, FC | | Aspirador en sala (en pared o portátil) | | Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc) exclusivo del servicio. | | Respirador mecánico adultos y niños. | | TOTAL 13. Sala de Terapia Intensiva | | **14** | **14. Ascensor o rampla para el traslado de pacientes** | | ·Barandas de seguridad con protección para pacientes. | | TOTAL 14. Total Ascensor o rampla para el traslado de pacientes |  |  |  | | --- | --- | |  | | | **C. Servicios generales: Servicios y sistemas necesarios para el funcionamiento del Centro Hospitalario Descripción** | | |  | **1. Sistema de comunicación telefónica** | |  | ·Central telefónica con dos líneas telefónicas para entrada y salida externa a teléfonos fijos y celulares. | |  | · El costo del servicio institucional para llamar a fijos y celulares de médicos especialistas, servicios externos, a la CSBP, etc., deberá ser cubierto por el centro contratado sin cargo para la CSBP. Las salidas a teléfono fijo y celular realizadas por llamadas particulares de pacientes hospitalizados serán canceladas por el asegurado. | |  | **2. Sistema de Timbres** | |  | · Sistema de timbres instalados en todas las salas de internación ubicados en la cabecera del paciente y en el ambiente de observación. | |  | **3. Servicio de Fax** | |  | Un equipo de Fax Standard, Para envío y recepción de documentos relacionados a la atención hospitalaria a nivel local o nacional.  · Provisión de papel de Fax en cantidad suficiente y sin límite.  · El costo del servicio deberá ser cubierto por el centro contratado, sin cargo adicional a la CSBP. | |  | **4. Red interna informática con por lo menos dos puntos disponibles para enfermería y la CSBP (cableada u otro).** | | El servicio de Internet será provisto por la CSBP y será de uso exclusivo para alimentar el sistema administrativo medico integrado, SAMI mismo que será utilizado por personal del Centro Contratado y de la CSBP. | | **5. Áreas para la instalación de equipos de computación** | | · El hospital contratado debe permitir la instalación de los equipos de computación en área seguras y de poca circulación de personal ajeno a la CSBP y a la clínica  · La CSBP asignará uno o dos equipos en los ambientes destinados al llenado de consulta hospitalaria y de emergencia.  · Los equipos y sus accesorios instalados serán entregados bajo inventario y quedarán en custodia del Centro Hospitalario y de las personas responsables que el centro asigne.  · El Centro Contratado debe contar preferentemente con otros puntos de red, para emergencia, quirófano y piso (enfermería o sala).  . El centro debe comprometer que se realizara el llenado del sistema informático SAMI de la CSBP, para el reporte de pacientes hospitalizados, tanto del personal de enfermería y personal médico, previa capacitación por la CSBP. | | **6. Grupo electrógeno o generador de energía eléctrica** | | ·Circuitos de emergencia y normal, con transferencia automática y capacidad de abastecer al circuito de emergencia (emergencias, quirófano) | | **7. Sistema básico anti incendios.** | |  | ·Instalados según normas internacionales para centros hospitalarios. | | **8. Servicio de Limpieza** | | ·El centro hospitalario contratado proveerá el servicio de limpieza mediante personal propio o mediante una empresa acreditada y con experiencia en el manejo de la limpieza de ambientes hospitalarios y centros de salud. | | · Los horarios y rutas establecidas por el servicio deberán establecerse en lo posible desde horas 7:00 a.m. a 21:00 p.m., con una frecuencia mínima de 2 limpiezas al día y más de aquellas áreas de elevado movimiento de pacientes. | | · La provisión de insumos y materiales de limpieza deberá ser provista por el centro hospitalario servicio contratado (antisépticos, desinfectantes, ácido acético y hipoclorito de sodio, nebulizaciones, provisión de bolsas, recipientes de basura en todos los niveles, etc). | | · La CSBP tiene la atribución de realizar la supervisión del servicio acorde a la normativa institucional, debiendo el centro hospitalario considerar las sugerencias de bioseguridad de acuerdo a normativa, en función de la mejora continua. | | **9. Sistema de vigilancia y Control de infecciones intrahospitalarias** | | · El centro hospitalario contratado realizará de manera semestral la toma de muestras para el monitoreo de crecimiento microbiológico en los ambientes contratados por la CSBP. El costo del servicio deberá ser cubierto por el centro contratado. | | · A requerimiento de la CSBP se realizaran controles cruzados de manera trimestral en laboratorios acreditados y elegidos por la CSBP. El reporte de los resultados del control bacteriológico deberá ser remitido a la CSBP. | | · En caso de detectarse anormalidades en el reporte el centro contratado deberá efectuar las acciones correctivas correspondientes, para garantizar la inocuidad del Servicio. | | **10. Provisión de Material de Curación, en todos los servicios utilizados por la CSBP a costo de la Clínica** | | Material de curación: | |  | · Algodón normal y laminado, en cantidad suficientes | | · Gasas normales, vaselinadas y furacinadas, apósitos de todo tipo y tamaño, en cantidad suficiente. | | · Compresas en cantidades suficientes. | | · Micropore, transpore, durapore y telas adhesivas en todas sus variedades y cantidades suficientes. | | · Esponja de quemados estéril en todo tipo y tamaño en cantidades suficientes. | |  | · Guantes de examinación en cantidades suficientes | | . Jeringas en los distintos volúmenes segunrequerimiento. | | Todos los insumos deben reunir una calidad que garantice la efectividad de los procedimientos efectuados, (curación, suturas, etc.) la clínica debe cuidar que los proveedores garanticen sus productos. | | Insumos: | | · Antisépticos de uso hospitalario (alcohol medicinal y yodado, yodo, agua oxigenada, povidona yodada y espumante, clorexidina, quaxide, glutaraldehido, DG6 (cloruro de lapirio) etc., en cantidades suficientes. | | · Azul de metileno, vaselina liquida y estéril, en cantidades suficientes. | | · Agua destilada normal y estéril, en cantidad suficiente y sin límite. | | Otros materiales | | · Batas, gorros, botas, barbijos desechables, en cantidades suficientes y sin límite. | | **11. Servicio de alimentación y nutrición** | | Cocina:  Equipada con implementos, menaje, vajilla, carro térmico.  Personal para la atención que cumpla con las normas de higiene y bioseguridad  El ambiente debe ser destinado solo para cocina.  Comedor  Capacidad mínima 10 personas  Equipada con mesas sillas e implementos requeridos. | | **12. Servicio de procedimientos auxiliares** | | El centro hospitalario contratado deberá proveer con su propio personal los servicios de: | | Terapias de rehidratación oral y parenteral ambulatorias. | | Inyectables en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Poli-consultorio de la CSBP.  Nebulizaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Poli-consultorio de la CSBP.  Curaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Poli-consultorio de la CSBP.  Enemas evacuantes en todas sus variedades. A pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias solamente.  Todos estos servicios deberán estar disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. | |  | En caso de desperfecto de algún equipoy que se requiera el traslado a otras instituciones, el costo del traslado debe ser a cuenta de la HOSPITAL-CLINICA |  |  |  | | --- | --- | | **Total puntaje C. Servicios Generales** | **10,00** |  |  |  | | --- | --- | | **Total general Calificación Técnica A.+B.+C.** | **60,00** |   ***(Firma del representante legal del proponente)***  ***(Nombre completo del representante lega*** |

**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** | EXPERIENCIA DE LA EMPRESA |
| **FORMULARIO 5** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco SU-CM-01-2022**

**CONTRATACION DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS Y 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 Imitación de referencia, por lo que:

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución Social de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), registrada en FUNDEMPRESA.

b) Testimonio de Poder registrado en FUNDEMPRESA, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

h) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

\*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio de Poder Registrado en FUNDEMPRESA, que faculte al representante legal a presentar propuestas y suscribir contratos, cuando el representante legal sea diferente al propietario.

b) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

f) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa

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

1. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_(*colocar número de testimonio, lugar y fecha)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados

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

1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_(colocar número, lugar y fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Nombre del representante legal de la asociación accidental

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

1. Documento que lo acredita como representante legal

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

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

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

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## 

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **PARA SER LLENADO POR LA CSBP** | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | **OBSERVACIONES** |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PUNTAJE** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **PUNTAJE ASIGNADO AL PROPONENTE** | **(especificar el porqué del puntaje asignado)** |
| **A. INFRAESTRUCTURA: Listado de Ambientes o Espacios** |  |  |  |  |
| **Consultorio o Sala de Emergencias con disponibilidad de 1 camilla.** | **5 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: | **(0.30 c/u)** |  |  |  |
| Un consultorio completo, con baño privado.  Iluminado y ventilado adecuadamente.  Calefacción (central o portátil).  Provisión de Oxígeno y aspiración (central o portátil).  Lavamanos para el personal médico con todos los insumos, incluyendo agua caliente y fría.  Teléfono interno con salida externa local y a celular.  De fácil accesibilidad para atención de urgencias.  Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza.  Posibilidad de instalación de equipo de computación y software médico de la CSBP.  Disposición de desechos según norma de bioseguridad. |  |  |  |  |
| **Ambiente o cubículo de observación “internación transitoria” o hidratación: Por lo menos un cubículo con camilla e implementos básicos (además de la camilla de emergencia).** | **2 pts.** |  |  |  |
| \* Iluminación, ventilación y calefacción (puede ser portátil) adecuadas.  \* Teléfono interno y timbre de llamado.  Ambiente o espacio cerca de enfermería o del médico de guardia, para el colocado de sueros, inyectables u otros procedimientos médicos o de enfermería para pacientes ambulatorios de emergencia que requieran ser observados (que no precisan de internación). |  |  |  |  |
| **Salas de internación individuales con baño privado.** compra por evento | **4 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: | **(1 c/u)** |  |  |  |
| \* Salas individuales con sofá o cama de acompañante |  |  |  |  |
| \* Baño en cada habitación con ducha, incluyendo agua caliente y fría, lavamanos y todos los insumos. |  |  |  |  |
| \* Teléfono interno con salida externa local. Tv en buenas condiciones, con tv cable en cada habitación. |  |  |  |  |
| \* Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza |  |  |  |  |
| **Área quirúrgica** | **4 pts.** |  |  |  |
| CARACETISTICAS: |  |  |  |  |
| QUIROFANO |  |  |  |  |
| \* Un quirófano de uso por evento para la CSBP, para cirugías programadas y de emergencia, a requerimiento sin restricciones de uso de acuerdo a programación de cirugías o presentación de emergencias quirúrgicas, habilitado las 24 horas del día incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. |  |  |  |  |
| \* Un segundo quirófano adicional en caso de requerir cirugías simultaneas en caso excepcional de la CSBP. |  |  |  |  |
| \* Sistema de Aspiración para cirugías (central o portátil) |  |  |  |  |
| \* Provisión de O2. (central o fijo) |  |  |  |  |
| \* Sistema de aire acondicionado y calefacción. |  |  |  |  |
| \* Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  |  |  |  |
| SALA DE RECUPERACION: |  |  |  |  |
| \* Ambiente con capacidad para alojar como mínimo 1 paciente de la CSBP. |  |  |  |  |
| \* Calefacción (puede ser portátil) |  |  |  |  |
| Área Descanso/ Vestuario Médicos |  |  |  |  |
| Área de lavado manos |  |  |  |  |
| Área de lavado de material quirúrgico |  |  |  |  |
| Área de Suministros |  |  |  |  |
| SALA DE ESTERILIZACION |  |  |  |  |
| Un ambiente para esterilizar material médico quirúrgico. |  |  |  |  |
| Sistema de esterilización con Óxido de etileno |  |  |  |  |
| **Sala de Partos** | **2 pts** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: |  |  |  |  |
| Con mesa ginecológica para partos, articulable y en buenas condiciones. |  |  |  |  |
| Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  |  |  |  |
| Calefacción (puede ser portátil) |  |  |  |  |
| Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza |  |  |  |  |
| **Área de Recepción del Recién Nacido** | **3 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: |  |  |  |  |
| Teléfono interno con salida externa local y a celular. |  |  |  |  |
| Lavamanos para personal médico con agua caliente y fría. Con dispenser de antiséptico para manos. (de uso eventual para instrumental ) |  |  |  |  |
| Calefacción (puede ser central o portátil) |  |  |  |  |
| Paredes y pisos limpios, preferentemente de fácil limpieza. |  |  |  |  |
| **Estación de enfermería** por piso | **2 pts.** |  |  |  |
| CARACTERÍSTICAS: |  |  |  |  |
| Unidad de enfermería que cuente con: |  |  |  |  |
| \* Área limpia para preparación de medicamentos |  |  |  |  |
| \* Área contaminada para lavado y preparación de material. |  |  |  |  |
| \* Área de recepción, para la atención directa de información |  |  |  |  |
| \* Teléfono con comunicación interna con salida externa local y a celular |  |  |  |  |
| \* Paredes y pisos lavables. |  |  |  |  |
| NOTA: Si las piezas de internación se encuentran en varios pisos, será necesario una Unidad de Enfermería por piso, para el correcto seguimiento del paciente. |  |  |  |  |
| **Rayos X.** | **1 pts.** |  |  |  |
| CARACTERÍSTICAS: El costo por el servicio será por evento La CSBP requerirá de este servicio para pacientes hospitalizados, en quirófano y emergencias que acudan al Centro Hospitalario (siempre y cuando no puedan trasladarse al centro de RX externo contratado por la CSBP) (No para pacientes ambulatorios de Consulta externa y del Poli consultorio). |  |  |  |  |
| Comprende la realización del estudio y el reporte correspondiente. (costo por evento) |  |  |  |  |
| Capacidad para la toma de placas, incluyendo los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables, para las emergencias. ADJUNTAR COMPROMISO. |  |  |  |  |
| La clínica debe contar con un profesional acreditado para la realización de estos estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION. |  |  |  |  |
| **Ecografía.** | **1 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: La CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y casos de emergencia de pacientes que acudan al centro hospitalario, siempre y cuando no puedan trasladarse al centro externo contratado por la CSBP. (No en pacientes ambulatorios de Consulta Externa o del Poli consultorio) |  |  |  |  |
| Comprende la realización del examen ecográfico y el reporte correspondiente. (costo por evento) |  |  |  |  |
| Los estudios podrán requerirse en horarios diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables, de acuerdo a la patología del paciente de emergencia. ADJUNTAR COMPROMISO. |  |  |  |  |
| La clínica debe contar con un profesional acreditado que realice los estudios. ADJUNTAR COPIA DE TITULO O CERTIFICACION |  |  |  |  |
| **Área de Farmacia.** | **1 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: Almacenamiento de medicamentos para pacientes de la CSBP. Según norma vigente |  |  |  |  |
| Espacio para Vitrina para Botiquín de Farmacia.-Un espacio para ubicar la vitrina de medicamentos del botiquín de la C.S.B.P. |  |  |  |  |
| Ambiente cercano al consultorio de emergencias o en el mismo consultorio. |  |  |  |  |
| **Central de informaciones.** | **0,5 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: |  |  |  |  |
| Un ambiente ubicado al ingreso del centro hospitalario, que cuente con central telefónica y personal permanente en horarios de 8:00 am a 8:00 pm. |  |  |  |  |
| **Salas de espera.** | **1 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: |  |  |  |  |
| Ambiente con capacidad de alojar mínimo 8 personas. |  |  |  |  |
| Iluminación y ventilación adecuada. |  |  |  |  |
| Baño público equipado cerca de la sala de espera. |  |  |  |  |
| **Áreas auxiliares para limpieza** | **1 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: |  |  |  |  |
| Ambiente adecuado para almacenar material e insumos de limpieza, bajo normas de bioseguridad. |  |  |  |  |
| Con ambiente para el depósito final de desechos hospitalarios, según normas de bioseguridad. |  |  |  |  |
| **Sala de terapia intensiva adultos** | **2 pts.** |  |  |  |
| Ambiente adecuado para atención de pacientes críticos, bajo normas de bioseguridad (compra por evento). |  |  |  |  |
| Personal capacitado y calificado para la atención las 24 hrs. (ENFERMERIA). |  |  |  |  |
| Sistema de oxígeno, co2, aspiración (CENTRAL O PORTATIL) |  |  |  |  |
| **Ascensor o rampla para el traslado de pacientes.** | **0,5 pts.** |  |  |  |
| CARACTERISTICAS: |  |  |  |  |
| Sistema de traslado de pacientes que incluyan un ascensor o una rampla. Una unidad adecuada para el centro hospitalario, consistente en camilla y silla de ruedas con capacidad mínima de 300 Kg. |  |  |  |  |
| **Total puntaje A. Infraestructura y espacios** | **30 pts.** |  |  |  |
| **B. Equipamiento y mobiliario: según áreas y espacios requeridos** |  |  |  |  |
| **1. Sala de Emergencias general del centro hospitalario con disponibilidad de 1 camilla.** |  |  |  |  |
| **1.1 Equipos médicos** |  |  |  |  |
| ·Camilla adecuada para emergencias con ruedas de transporte (1 pieza) | 0,08 |  |  |  |
| ·Lámpara auxiliar cuello de ganzo de luz fría (2 piezas) (o puede ser cialíticas). | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Dos carros de curaciones equipados con insumos necesarios para cualquier procedimiento. | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos. | 0,25 |  |  |  |  |
| ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oximetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc) exclusivo del servicio emergencias | 0,50 |  |  |  |  |
| ·Tensiómetros de mercurio de pie o pared (2 piezas) | 0,01 |  |  |  |  |
| ·Fonendoscopios: 1 para adultos, 1 pediátrico y 1 neonatal. | 0,01 |  |  |  |  |
| ·Linternas para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 piezas) | 0,01 |  |  |  |  |
| ·Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Balanza neonatal (una pieza) | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Negatoscopio de dos cuerpos. | 0,06 |  |  |  |  |
| ·Nebulizador para uso de pacientes hospitalarios o por emergencia (mínimo para dos pacientes) | 0,11 |  |  |  |  |
| ·Vaporizador para uso de pacientes ambulatorios. | 0,06 |  |  |  |  |
| ·Humidificadores de oxigeno con mascarillas, nariceras para niños y adultos en cantidades suficientes. | 0,06 |  |  |  |  |
| ·Instrumental necesario en la especialidad de traumatología para aplicación y retiro de yesos (Sierra eléctrica, Cizalla, Separador y tijeras lister) | 0,25 |  |  |  |  |
| ·Calefacción (puede ser portátil) | 0,02 |  |  |  |  |
| -Microondas para calentar soluciones parenterales (o en áreas cercanas). | 0,06 |  |  |  |  |
| TOTAL 1.1 Equipos médicos | 1,65 |  |  |  |  |
| **1.2 Mobiliario ropa e insumos** |  |  |  |  |  |
| ·Vitrinas con cajonería | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Escritorio con cajonería | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Dos sillas recibidoras | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Sabanillas en cantidad suficiente | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Batas para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Disponer de privacidad a pacientes por cortinas o persianas de separación con tela lavable, (no biombos) | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Palanganas (cubetas) que faciliten la asepsia preferentemente de metal. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Trípodes para soporte de sueros (2 piezas) | 0,02 |  |  |  |  |
| TOTAL 1.2 Mobiliario ropa e insumos | 0,37 |  |  |  |  |
| **2. Ambiente o cubículo de observación o internación transitoria.** |  |  |  |  |  |
| ·Una camilla preferentemente con barandas de seguridad. | 0,5 |  |  |  |  |
| ·Un trípode de soporte de sueros. | 0,07 |  |  |  |  |
| ·Una gradilla (en caso de que la camilla no baje lo suficiente) | 0,05 |  |  |  |  |
| TOTAL 2 Ambiente o cubículo de observación e hidratación | 0,62 |  |  |  |  |
| **3. Sala de internación individuales con baño privado** |  |  |  |  |  |
| ·Cama ortopédica, con barandas de seguridad. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Colchón ortopédico con cobertores de protección para calor y frío y almohada. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Gradilla (en caso de que la cama no baje lo suficiente). | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Un soporte para venoclisis por cada cama. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Edredón de invierno y otro de verano con dos frazadillas polares térmicas adicionales por cada cama. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Iluminación central y en cabecera. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Disponibilidad de comunicación telefónica. Intercomunicador en cabecera de cada cama. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Ropero con colgadores | 0,15 |  |  |  |  |
| ·Batas descartables para pacientes adultos y niños en cantidades suficientes (en caso de pacientes con potencial riesgo de infección, aislados, otros; sin costo adicional) | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Una mesa de noche o velador por cama | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada pieza | 0,10 |  |  |  |  |
| •Sofa o cama para acompañante. | 0,15 |  |  |  |  |
| ·Televisor fijo a color con buena recepción de los canales locales y TV cable y control remoto. | 0,15 |  |  |  |  |
| ·Una silla para visitas por cada pieza. | 0,12 |  |  |  |  |
| ·Basureros para desechos según norma de bioseguridad. | 0,10 |  |  |  |  |
| TOTAL 3. Sala de internación individuales baño privado | 1,52 |  |  |  |  |
| **4. Área quirúrgica** |  |  |  |  |  |
| **4.1 QUIROFANOS** |  |  |  |  |  |
| **4.1.1 Equipos médicos** |  |  |  |  |  |
| ·Mesa quirúrgica articulable completa con todos los movimientos. | 0,20 |  |  |  |  |
| ·Equipo de cirugía laparoscópica completo (opcional), que permita efectuar intervenciones quirúrgicas abdomen (de vesícula biliar), con instrumental complementario completo y en buenas condiciones (pinzas, trocares, reductores, óptica y otros) | 0,25 |  |  |  |  |
| ·Equipo de Rayos “X” portátil, | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Máquinas de anestesia completa con vaporizador para sevofluorano, isofluorano y halotano. ( una para cada quirófano). | 0,20 |  |  |  |  |
| ·Un desfibrilador por quirófano en adecuado funcionamiento | 0,20 |  |  |  |  |
| ·Equipo de monitoreo multiparámetros con capnografía y oximetría, incluida al equipo o como equipo adicional | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Sistema de Bain pediátrico y de adultos. Con bolsas de ventilación de 500, 1000 y 2000 cc. | 0.05 |  |  |  |  |
| .Sensores de oximetría adulta y pediátrica compatible con los monitores de signos vitales. | 0.05 |  |  |  |  |
| ·Electro bisturí mono polar y bipolar con electro coagulador, para cirugía convencional y laparoscópica que incluya placas fijas o desechables. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Negatoscopio de dos cuerpos en cada quirófano | 0,06 |  |  |  |  |
| ·Microondas para calentar soluciones parenterales (o en áreas cercanas). | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Lámpara cialitica con dos brazos con sistema de regulación de intensidad luminosa (mínimo 1 por quirófano) | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Un juego de laringoscopio pediátrico y de adultos con juego completo de hojas rectas y curvas, en diferentes números. | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Un juego de cánulas de mayo y máscaras laríngeas para adultos, niños y neonatos. | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Una pieza de ambu con reservorio para niños adultos y neonatos | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Mascarillas y nariceras de oxígeno para adultos niños y neonatos. | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Lentes de protección para todo el equipo quirúrgico. | 0,02 |  |  |  |  |
| ·El quirófano destinado a cirugía obstétrica deberá incluir un área de atención al recién nacido para la asistencia de neonato. Balanza, sistema de aspiración y oxígeno. | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Mandil de protección para Rayos “X” | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Mesas auxiliares para instrumentación (1 por cada quirófano) | 0,02 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.1.1 Equipos médicos | 1,57 |  |  |  |  |
| **4.1.2 Instrumental** |  |  |  |  |  |
| ·Compromiso de parte del Centro Hospitalario de que el instrumental quirúrgico será dotado de acuerdo a normas de esterilización internacionales y en buenas condiciones. | 0,20 |  |  |  |  |
| ·Paquetes de Instrumental médico completos y en cantidad suficiente para cirugía mayor, mediana y menor en todas las especialidades incluyendo: cirugía general, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringológica, en caso de no contar con instrumental en alguna de las especialidades, deberán efectuar todas las gestiones para la dotación de este coordinando con el especialista. | 0,50 |  |  |  |  |
| Contar con Instrumental para cirugía laparoscópica de abdomen (para colecistectomía mínimo) | 0,30 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.1.2 Instrumental | 1,00 |  |  |  |  |
| **4.1.3 Ropa Quirúrgica** |  |  |  |  |  |
| Ropa quirúrgica para todo el equipo quirúrgico de diferentes tallas, en buen estado y calidad en cantidad suficiente, para la realización de dos cirugías simultáneas. El requerimiento incluye ropa estéril según el procedimiento a realizar, aclarando que gorros, barbijos y botas deberán ser desechables acorde a las normas de bioseguridad e incluidas en el servicio quirúrgico. | 0,30 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.1.3 Ropa Quirúrgica | 0,30 |  |  |  |  |
| **4.2 SALA DE RECUPERACION** |  |  |  |  |  |
| ·Mínimo una camilla de transporte, con barandas de seguridad y soporte incluido para soluciones | 0,01 |  |  |  |  |
| ·Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, oxímetro y cardioscopio, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc) exclusivo del área quirúrgica. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensores pediátricos y adultos. | 0,01 |  |  |  |  |
| ·Sabanas, sabanillas y frazadillas en cantidades suficientes | 0,01 |  |  |  |  |
| Tensiómetro y estetoscopio de adulto y pediátrico. | 0,01 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.2 SALA DE RECUPERACION | 0,09 |  |  |  |  |
| **4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos** |  |  |  |  |  |
| ·Sillones de descanso en vestuario | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Casilleros con colgadores y llaves individuales, suficientes para el personal médico y paramédico considerando 2 cirugías simultáneas inclusive. | 0,15 |  |  |  |  |
| ·Mesa para refrigerio con termo de agua, servicio de té o café. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Dispensador de agua caliente y fría. | 0,15 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.3 Área Descanso/ Vestuario Médicos | 0,5 |  |  |  |  |
| **4.4 Área de lavado manos** |  |  |  |  |  |
| ·Agua caliente y fría. | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Dispensador de antisépticos líquidos en todas sus variedades. | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Cepillos para lavado de manos quirúrgico estériles | 0,05 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.4 Área de lavado manos | 0,26 |  |  |  |  |
| **4.5 Lavado de material quirúrgico** |  |  |  |  |  |
| ·Lavamanos adecuado para instrumental. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Agua caliente y fría. | 0,12 |  |  |  |  |
| ·Materiales e insumos de limpieza y desinfección suficientes, de acuerdo a normas internacionales de bioseguridad. | 0,09 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.5 Lavado de material quirúrgico | 0,24 |  |  |  |  |
| **4.6 Área de Suministros:** |  |  |  |  |  |
| · Contar con suministros suficientes para proveer material estéril para 2 cirugías diarias en forma simultánea. (Verificado en el momento de la visita). | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Estantes para material estéril | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Ventanilla o área de atención con mesón y/o escritorio | 0,05 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.6 Área de Suministros: | 0,23 |  |  |  |  |
| **4.7 Sala de esterilización** |  |  |  |  |  |
| ·Esterilizador de calor seco | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Esterilizador de vapor saturado a presión , | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Lavamanos con agua caliente y fría. | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Controles de esterilización especiales y registros | 0,04 |  |  |  |  |
| ·Estantes de almacenamiento de material. | 0,04 |  |  |  |  |
| ·Mesa para el preparado de material. | 0,04 |  |  |  |  |
| ·Microondas. | 0,02 |  |  |  |  |
| ·Elementos adecuados para el procedimiento al sistema de esterilización con óxido de etileno. | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Dotación de ampollas, testigos y biológicos de control para óxido de etileno, en cantidades suficientes. | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Sistema de sellado de paquetes para esterilización al óxido de etileno | 0,05 |  |  |  |  |
| TOTAL 4.7 Sala de esterilización | 0,64 |  |  |  |  |
| **5. Sala de partos** |  |  |  |  |  |
| **5.1 Atención de la madre** |  |  |  |  |  |
| ·Mesa ginecológica articulable completa con taburete giratorio graduable | 0,25 |  |  |  |  |
| ·Paquetes quirúrgicos e instrumental suficiente para la atención de partos. | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Mesa para preparación de campos. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Lámpara auxiliar con luz fría, preferentemente cialítica | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Amniotomos | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Equipo de reanimación para adulto completo (ambu con reservorios, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo para adultos) | 0,2 |  |  |  |  |
| ·Recipientes para manejo de residuos según normas de bioseguridad | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas estériles. | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Sistema de oxigeno que incluya mascarillas y nariceras. | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Dos carros de curación, el primero que incluya antisépticos en todas sus variedades, gasas apósitos en cantidades suficientes, el segundo sirve como mesa auxiliar. | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Ropa estéril con dotación suficiente y oportuna | 0,13 |  |  |  |  |
| Mandil estéril o bata quirúrgica adecuado para el personal médico | 0,10 |  |  |  |  |
| TOTAL 5.1 Atención de la madre | 1,58 |  |  |  |  |
| **5.2 Atención del recién nacido** |  |  |  |  |  |
| ·Balanza para neonatología | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Área de atención al recién nacido adecuada en temperatura, luz y segura a los movimientos del neonato. | 0,18 |  |  |  |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensor neonatal | 0,12 |  |  |  |  |
| ·Equipo de reanimación neonatal completo: (ambu con reservorio, laringoscopio con hojas rectas y curvas, tubos endotraqueales, cánulas laríngeas y de mayo neonatales) | 0,2 |  |  |  |  |
| ·Mascarillas laríngeas neonatales | 0,09 |  |  |  |  |
| ·Mesón de atención de recién nacido, | 0,11 |  |  |  |  |
| ·Insumos de limpieza y desinfección para la sala | 0,09 |  |  |  |  |
| ·Sistema de aspiración completo y en adecuado funcionamiento que incluya cánulas de aspiración. | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Sistema de oxigeno que incluya mascarillas y nariceras, sistema de aspiración | 0,11 |  |  |  |  |
| ·Material y equipamiento para la toma de medidas antropométricas. | 0,11 |  |  |  |  |
| TOTAL 5.2 Atención del recién nacido | 1,24 |  |  |  |  |
| **6. Área de Neonatología** |  |  |  |  |  |
| ·Una incubadora completa y en correcto funcionamiento. | 0,70 |  |  |  |  |
| ·Dos cunas lavables, transportables y con posibilidad de posición fowler. | 0,50 |  |  |  |  |
| ·Un equipo de luminoterapia percutánea con filtro y protección de los recién nacidos, | 0,70 |  |  |  |  |
| ·Mesa de examen con tallímetro balanza neonatal y equipo de antropometría neonatal | 0,15 |  |  |  |  |
| Una Servocuna en correcto funcionamiento. | 0,15 |  |  |  |  |
| ·Una lámpara auxiliar cuello de ganzo con luz fría. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Halos cefálicos en todos sus tamaños | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Una Aerocamara | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Humidificadores de oxigeno con mascarillas, nariceras para niños en cantidades suficientes. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Un fonendoscopio neonatal. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Esterilizador de biberones o proceso que garantice su limpieza | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Bañera con ducha de agua caliente y fría para baño de recién nacidos | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Área de filtrado de agua para hervir y preparar formulas. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Sistema de oxigeno que incluya mascarillas y nariceras | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Estantería para medicamentos y ropa propia de la sala. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Todas las cunas contaran con dotación de ropa de cama en condiciones óptimas de limpieza y calidad (mínimo dos juegos completos por cuna), (dos) frazadas específicas para transporte de recién nacidos. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Disponibilidad de contenedores para ropa y desechos según normas de bioseguridad. | 0,10 |  |  |  |  |
| TOTAL 6. área de Neonatología | 3,6 |  |  |  |  |
| **7. Estación de enfermería** |  |  |  |  |  |
| 7.1 Equipamiento |  |  |  |  |  |
| ·Carro de paro cardiaco equipado con todo lo necesario según normas internacionales, que garantice la atención del paciente. | 0,10 |  |  |  |  |
| -Escritorio y sillas | 0.05 |  |  |  |  |
| ·Tabla de reanimación. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Área de historias clínicas de fácil acceso. | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Un refrigerador para uso exclusivo de medicamentos con acceso al personal de los diferentes turnos. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Central de timbres con desactivación de llamado en pieza del paciente | 0,13 |  |  |  |  |
| ·Doopler fetal (portátil) | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Intercomunicador para todos los pisos y servicios | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Un negatoscopio por central de enfermería. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Equipo de Nebulización. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Vaporizador | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Humidificadores, flujometros de oxigeno con mascarillas, puntas nasales para adultos y niños en cantidades suficientes. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Dos tensiómetros de mercurio y de pie con ruedas y tres estetoscopios mínimos por piso. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Un tensiómetro pediátrico mínimo por piso, con brazales de diferentes dimensiones. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Un estetoscopio pediátrico y neonatal mínimo por piso. Otoscopio. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Glucómetro digital (mínimo 1 por piso) con disponibilidad de cintas reactivas en cantidad suficiente. | 0,10 |  |  |  |  |
| ·Oxímetro de pulso con sensor para niños y adultos. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Espéculos ginecológicos de diferentes tamaños y en cantidades suficientes. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Linternas con luz funcionando (mínimo 2 por piso). | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Trípodes una por pieza. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Un arco balcánico. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Una silla de ruedas | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Camillas de transporte con ruedas | 0,08 |  |  |  |  |
| ·Estación intermedia de desechos según normas de bioseguridad. | 0,05 |  |  |  |  |
| TOTAL 7.1 Equipamiento | 1,36 |  |  |  |  |
| **7.2 Mobiliario** |  |  |  |  |  |
| ·Mostrador para atención al público. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Tapas metálicas para historias clínicas en cantidad suficiente | 0,04 |  |  |  |  |
| ·Casilleros individuales por pieza para medicamentos del paciente. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Tarjetero para tratamientos. | 0,03 |  |  |  |  |
| ·Estantería para almacenamiento de material, instrumental y medicamentos. | 0,05 |  |  |  |  |
| TOTAL 7.2 Mobiliario | 0,18 |  |  |  |  |
| **7.3 Otro equipamiento** |  |  |  |  |  |
| ·Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama. | 0,04 |  |  |  |  |
| ·Lavado de instrumental con lavamanos de dos cuerpos, agua caliente y fría todo el tiempo. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Dispensador de jabón líquido y dotación permanente de papel toalla. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Un carro de curaciones completamente equipadas por central de enfermería. | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Equipos de curación y sutura en cantidad suficiente (mínimo 4 por central de enfermería). | 0,05 |  |  |  |  |
| ·Irrigador para enemas evacuantes en cantidad suficiente y a requerimiento. | 0,01 |  |  |  |  |
| ·Instrumental para procedimientos menores, tijeras, pinzas, cánula, sonda, atc. | 0,03 |  |  |  |  |
| TOTAL 7.3 Otro equipamiento | 0,28 |  |  |  |  |
| **8. Estudios auxiliares (radiografía y ecografía)** |  |  |  |  |  |
| ·Equipo fijo de Rx. | 0,80 |  |  |  |  |
| ·Ecógrafo de buena resolución, con transductores de diferentes tipos e impresora | 0,80 |  |  |  |  |
| TOTAL 8. Rayos X | 1,60 |  |  |  |  |
| **9. Otros servicios de diagnóstico** |  |  |  |  |  |
| ELECTROCARDIOGRAFO |  |  |  |  |  |
| ·Equipo confiable para la toma de ECG. e impresora con papel suficiente para pacientes hospitalizados y de emergencia. | 0,60 |  |  |  |  |
| EQUIPO DE ENDOSCOPIA |  |  |  |  |  |
| Capacidad para endoscopias altas y bajas | 0,35 |  |  |  |  |
| TOTAL 9. Otros servicios de diagnóstico | 0,95 |  |  |  |  |
| **10. Central de informaciones** |  |  |  |  |  |
| Sistema telefónico con capacidad para recepción y transferencia de llamadas telefónicas en toda la red instalada en los ambientes de la Clínica y salas de internación. | 0,50 |  |  |  |  |
| TOTAL 10. Central de informaciones | 0,50 |  |  |  |  |
| **11. Salas de espera** |  |  |  |  |  |
| ·Sillones de espera ergonómicos ubicados de forma adecuada (para un mínimo 8 personas) | 0,20 |  |  |  |  |
| ·Televisor fijo con tv cable. | 0,20 |  |  |  |  |
| ·Revistero o Mesa central que permita el acceso a información escrita de la CSBP. | 0,15 |  |  |  |  |
| ·Espacio para colocar buzón de sugerencias | 0,15 |  |  |  |  |
| TOTAL 11. Salas de espera | 0,70 |  |  |  |  |
| **12. Áreas auxiliares para limpieza** |  |  |  |  |  |
| ·Carros de transporte de desechos desde la fuente hasta la estación final. | 0,15 |  |  |  |  |
| ·Material de limpieza e insumos adecuados en cantidad suficiente para el centro hospitalario. | 0,15 |  |  |  |  |
| TOTAL 12. Áreas auxiliares para limpieza | 0,30 |  |  |  |  |
| **13. Sala de Terapia Intensiva Adultos.** |  |  |  |  |  |
| Monitor multiparametrico, oximetro/capnografo, electrocardiógrafo, FC | 0,60 |  |  |  |  |
| Aspirador en sala (en pared o portátil) | 0,10 |  |  |  |  |
| Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc) exclusivo del servicio. | 0,20 |  |  |  |  |
| Respirador mecánico adultos y niños. | 0,14 |  |  |  |  |
| TOTAL 13. Sala de Terapia Intensiva | 1,04 |  |  |  |  |
| **14. Ascensor o rampla para el traslado de pacientes** |  |  |  |  |  |
| ·Barandas de seguridad con protección para pacientes. | 0,50 |  |  |  |  |
| TOTAL 14. Total Ascensor o rampla para el traslado de pacientes | 0,50 |  |  |  |  |
| **Total puntaje B. Equipamiento y Mobiliario** | **20 pts.** |  |  |  |
| **C. Servicios generales: Servicios y sistemas necesarios para el funcionamiento del Centro Hospitalario Descripción** |  |  |  |  |
| **1. Sistema de comunicación telefónica** | **0,50** |  |  |  |
| ·Central telefónica con dos líneas telefónicas para entrada y salida externa a teléfonos fijos y celulares. |  |  |  |  |
| · El costo del servicio institucional para llamar a fijos y celulares de médicos especialistas, servicios externos, a la CSBP, etc., deberá ser cubierto por el centro contratado sin cargo para la CSBP. Las salidas a teléfono fijo y celular realizadas por llamadas particulares de pacientes hospitalizados serán canceladas por el asegurado. |  |  |  |  |
| **2. Sistema de Timbres** | **0,50** |  |  |  |
| · Sistema de timbres instalados en todas las salas de internación ubicados en la cabecera del paciente y en el ambiente de observación. |  |  |  |  |
| **3. Servicio de Fax** | **0,50** |  |  |  |
| Un equipo de Fax Standard, Para envío y recepción de documentos relacionados a la atención hospitalaria a nivel local o nacional.  · Provisión de papel de Fax en cantidad suficiente y sin límite.  · El costo del servicio deberá ser cubierto por el centro contratado, sin cargo adicional a la CSBP. |  |  |  |  |
| **4. Red interna informática con por lo menos dos puntos disponibles para enfermería y la CSBP (cableada u otro).** | **1,0** |  |  |  |
| El servicio de Internet será provisto por la CSBP y será de uso exclusivo para alimentar el sistema administrativo medico integrado, SAMI mismo que será utilizado por personal del Centro Contratado y de la CSBP. |  |  |  |  |
| **5. Áreas para la instalación de equipos de computación** | **1,0** |  |  |  |
| · El hospital contratado debe permitir la instalación de los equipos de computación en área seguras y de poca circulación de personal ajeno a la CSBP y a la clínica  · La CSBP asignará uno o dos equipos en los ambientes destinados al llenado de consulta hospitalaria y de emergencia.  · Los equipos y sus accesorios instalados serán entregados bajo inventario y quedarán en custodia del Centro Hospitalario y de las personas responsables que el centro asigne.  · El Centro Contratado debe contar preferentemente con otros puntos de red, para emergencia, quirófano y piso (enfermería o sala).  . El centro debe comprometer que se realizara el llenado del sistema informático SAMI de la CSBP, para el reporte de pacientes hospitalizados, tanto del personal de enfermería y personal médico, previa capacitación por la CSBP. |  |  |  |  |
| **6. Grupo electrógeno o generador de energía eléctrica** | **1,0** |  |  |  |
| ·Circuitos de emergencia y normal, con transferencia automática y capacidad de abastecer al circuito de emergencia (emergencias, quirófano) |  |  |  |  |
| **7. Sistema básico anti incendios.** | **0,5** |  |  |  |
| ·Instalados según normas internacionales para centros hospitalarios. |  |  |  |  |
| **9. Servicio de Limpieza** | **0,50** |  |  |  |
| ·El centro hospitalario contratado proveerá el servicio de limpieza mediante personal propio o mediante una empresa acreditada y con experiencia en el manejo de la limpieza de ambientes hospitalarios y centros de salud. |  |  |  |  |
| · Los horarios y rutas establecidas por el servicio deberán establecerse en lo posible desde horas 7:00 a.m. a 21:00 p.m., con una frecuencia mínima de 2 limpiezas al día y más de aquellas áreas de elevado movimiento de pacientes. |  |  |  |  |
| · La provisión de insumos y materiales de limpieza deberá ser provista por el centro hospitalario servicio contratado (antisépticos, desinfectantes, ácido acético y hipoclorito de sodio, nebulizaciones, provisión de bolsas, recipientes de basura en todos los niveles, etc). |  |  |  |  |
| · La CSBP tiene la atribución de realizar la supervisión del servicio acorde a la normativa institucional, debiendo el centro hospitalario considerar las sugerencias de bioseguridad de acuerdo a normativa, en función de la mejora continua. |  |  |  |  |
| **10. Sistema de vigilancia y Control de infecciones intrahospitalarias** | **0,50** |  |  |  |
| · El centro hospitalario contratado realizará de manera semestral la toma de muestras para el monitoreo de crecimiento microbiológico en los ambientes contratados por la CSBP. El costo del servicio deberá ser cubierto por el centro contratado. |  |  |  |  |
| · A requerimiento de la CSBP se realizaran controles cruzados de manera trimestral en laboratorios acreditados y elegidos por la CSBP. El reporte de los resultados del control bacteriológico deberá ser remitido a la CSBP. |  |  |  |  |
| · En caso de detectarse anormalidades en el reporte el centro contratado deberá efectuar las acciones correctivas correspondientes, para garantizar la inocuidad del Servicio. |  |  |  |  |
| **11. Provisión de Material de Curación, en todos los servicios utilizados por la CSBP a costo de la Clínica** |  |  |  |  |
| Material de curación: | **1,50** |  |  |  |
| · Algodón normal y laminado, en cantidad suficientes |  |  |  |  |
| · Gasas normales, vaselinadas y furacinadas, apósitos de todo tipo y tamaño, en cantidad suficiente. |  |  |  |  |
| · Compresas en cantidades suficientes. |  |  |  |  |
| · Micropore, transpore, durapore y telas adhesivas en todas sus variedades y cantidades suficientes. |  |  |  |  |
| · Esponja de quemados estéril en todo tipo y tamaño en cantidades suficientes. |  |  |  |  |
| · Guantes de examinación en cantidades suficientes |  |  |  |  |
| . Jeringas en los distintos volúmenes segunrequerimiento. |  |  |  |  |
| Todos los insumos deben reunir una calidad que garantice la efectividad de los procedimientos efectuados, (curación, suturas, etc.) la clínica debe cuidar que los proveedores garanticen sus productos. |  |  |  |  |
| Insumos: |  |  |  |  |
| · Antisépticos de uso hospitalario (alcohol medicinal y yodado, yodo, agua oxigenada, povidona yodada y espumante, clorexidina, quaxide, glutaraldehido, DG6 (cloruro de lapirio) etc., en cantidades suficientes. |  |  |  |  |
| · Azul de metileno, vaselina liquida y estéril, en cantidades suficientes. |  |  |  |  |
| · Agua destilada normal y estéril, en cantidad suficiente y sin límite. |  |  |  |  |
| Otros materiales |  |  |  |  |
| · Batas, gorros, botas, barbijos desechables, en cantidades suficientes y sin límite. |  |  |  |  |
| **12. Servicio de alimentación y nutrición** | **1,5** |  |  |  |
| Cocina:  Equipada con implementos, menaje, vajilla, carro térmico.  Personal para la atención que cumpla con las normas de higiene y bioseguridad  El ambiente debe ser destinado solo para cocina.  Comedor  Capacidad mínima 10 personas  Equipada con mesas sillas e implementos requeridos. |  |  |  |  |
| **13. Servicio de procedimientos auxiliares** | **1,0** |  |  |  |
| El centro hospitalario contratado deberá proveer con su propio personal los servicios de: |  |  |  |  |
| Terapias de rehidratación oral y parenteral ambulatorias. |  |  |  |  |
| Inyectables en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Poli-consultorio de la CSBP.  Nebulizaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Poli-consultorio de la CSBP.  Curaciones en todas sus variedades solamente a pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias. Los pacientes ambulatorios deben acudir al Poli-consultorio de la CSBP.  Enemas evacuantes en todas sus variedades. A pacientes hospitalizados y atendidos por emergencias solamente.  Todos estos servicios deberán estar disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables. |  |  |  |  |
| En caso de desperfecto de algún equipoy que se requiera el traslado a otras instituciones, el costo del traslado debe ser a cuenta de la HOSPITAL-CLINICA |  |  |  |  |
| **Total puntaje C. Servicios Generales** | **10 pts.** |  |  |  |
| **TOTAL:** |  |  | **RESULTADO EVALUACION TÉCNICA** |  |

**FORMULARIO Nº 4**

**DETALLE DE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

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

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

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

**(Nombre completo del representante legal**

**FORMULARIO N° 5**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

Los siguientes servicios deberán ser cotizados por los proponentes, mismos que serán pagados “Por Monto Fijo”:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **UNIDAD** | **SERVICIOS** | **Puntaje** | **Precio** |
| **Asignado** | **Unitario Bs.** |
| 1 | Dia | Internación en habitación individual con baño privado y sofá/cama para acompañante | 5 |  |
| 2 | Evento | Consulta de Emergencia | 4 |  |
| 3 | Evento | Quirófano Cirugía Mayor, incluye uso de monitores y otros. | 2 |  |
| 4 | Evento | Quirófano Cirugía Mediana, incluye uso de monitores y otros. | 2 |  |
| 5 | Evento | Quirófano Cirugía Menor, incluye uso de monitores y otros. (si fuera necesario) | 0,5 |  |
| 6 | Evento | Internación transitoria (hidratación, etc.), especificar el tiempo y costo. | 0,1 |  |
| 7 | Evento | Sutura pequeña (hasta 6 puntos).  Las suturas realizadas por Médico de Guardia (Incluye materiales e insumos utilizados), las suturas mayores serán realizadas por el Cirujano de la CSBP. | 0,25 |  |
| 8 | Evento | Sala de Partos | 0,35 |  |
| 9 | Evento | Sala de yeso | 0,15 |  |
| 10 | Evento | Inyectables IM - IV, sólo pacientes de consulta por emergencia (el costo incluye los insumos). a pacientes internados no se cobra. | 0,25 |  |
|  |  | **ACLARACION SOBRE LAS CURACIONES: Realizadas por Médico de Guardia o Enfermeras, sólo a pacientes de consulta por emergencia, a pacientes internados no se cobra.**  **Asimismo, las curaciones efectuadas por médicos tratantes de la CSBP a pacientes ambulatorios son excepcionales (Ejm. en horarios en que el Poli-consultorio de la CSBP esté cerrado), solo se devolverá el material utilizado.** |  | NO LLENAR |
| 11 | Evento | Curación pequeña o plana (Incluye materiales e insumos utilizados) | 0,25 |  |
| 12 | Evento | Curación mediana (Incluye materiales e insumos utilizados) | 0,10 |  |
| 13 | Evento | Curación mayor (Incluye materiales e insumos utilizados) | 0,05 |  |
| 14 | Evento | Nebilizaciones SIN salbutamol, sólo pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados no se cobra) | 0,05 |  |
| 15 | Evento | Nebilizaciones CON salbutamol, sólo pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados no se cobra) | 0,05 |  |
| 16 | Evento | Enema evacuante | 0,25 |  |
| 17 | Evento | Enema murphy | 0,25 |  |
|  |  | **COLOCADO DE SUERO: sólo a pacientes de consulta por emergencia (a pacientes internados NO se cobra):** |  | NO LLENAR |
| 18 | Evento | Suero de 500 c.c. | 0,4 |  |
| 19 | Evento | Suero de 1000 c.c. | 0,25 |  |
| 20 | Evento | Uso del Equipo de Laparoscopía con todo su equipamiento complementario. | 0,5 |  |
| 21 | Libra | Provisión de oxígeno a paciente internado en sala, especificar costo y unidad | 0,10 |  |
|  |  | **SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA (opcional)** |  | NO LLENAR |
| 22 | Día | Hotelería en sala de Terapia Intensiva, que además incluya: Uso de monitor multiparametrico, carro de paro, desfibrilador cardiaco, accesorios, otros equipos y atención de enfermería por personal capacitado en esta área. Al respecto debe cotizarse según el siguiente detalle: | 0,5 | NO LLENAR |
|  |  | Costo del 1er al 2do día |  |  |
|  |  | Costo del 3er al 5to día |  |  |
|  |  | Costo del 6to al 11vo día |  |  |
|  |  | Costo del 12vo día en adelante |  |  |
| 23 | Libra | Uso de Oxigeno por libra en Terapia Intensiva | 0,05 |  |
| 24 | Tubo | Uso de Oxigeno por tubo de 2100 Lbs. en Terapia Intensiva | 0,05 |  |
|  |  | **ESPECIFICAR SI EL EQUIPAMIENTO DE UTI INCLUYE:** |  | NO LLENAR |
|  |  | Ventilador mecánico niños | 0,10 |  |
|  |  | Ventilador mecánico adultos | 0,10 |  |
|  |  | Otros: favor detallar si existiese otro equipamiento sobresaliente de su Unidad de Terapia Intensiva |  |  |
|  |  | Costo por honorarios médicos incluir propuesta. La CSBP se reserva el derecho de contratar el servicio con el profesional del centro o realizar un contrato por otro profesional, de acuerdo al análisis de la oferta y comprar solo hoteleria. |  |  |
|  |  | **SERVICIOS DE NEONATOLOGIA** |  | NO LLENAR |
| 25 | Día | Hotelería en sala de neonatología, que incluya: Uso de **incubadora (en funcionamiento)**, accesorios y atención de enfermería por personal capacitado en esta área. | 0,5 |  |
| 26 | Libra | Uso de Oxigeno por libra en neonatología | 0,05 |  |
| 27 | Tubo | Uso de Oxigeno por tubo de 2100 Lbs. en neonatología | 0,2 |  |
| 28 | Día | Equipo de luminoterapia en buen estado y condición. Indicar características del equipo. | 0,25 |  |
|  |  | **ESPECIFICAR SI EL EQUIPAMIENTO DE NEONATOLOGIA INCLUYE:** |  | NO LLENAR |
|  |  | Carro de paro debidamente equipado | 0,20 |  |
|  |  | Otros: favor detallar otro equipamiento sobresaliente de la Unidad de Neonatología |  |  |
|  |  | Costo por honorarios médicos incluir propuesta. La CSBP se reserva el derecho de contratar el servicio con el profesional del centro o realizar un contrato por otro profesional, de acuerdo al análisis de la oferta y comprar solo hoteleria. |  |  |
|  |  | **SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO** |  |  |
|  |  | **Sólo para pacientes hospitalizados y de quirófano** |  | NO LLENAR |
| 29 | Evento | Ecografía general | 0,025 |  |
| 30 | Evento | Ecografía ginecológica | 0,025 |  |
| 31 | Evento | Ecografía de urología | 0,025 |  |
| 32 | Evento | Electrocardiograma | 0,025 |  |
| 33 | Evento | Endoscopia alta | 0,025 |  |
| 34 | Evento | Endoscopia baja | 0,025 |  |
|  |  | **RADIOLOGIA (Sólo pacientes hospitalizados, de quirófano y de emergencia)** |  | NO LLENAR |
| 35 | Evento | Cráneo 2 posiciones (costo por placa) | 0,025 |  |
| 36 | Evento | Senos paranasales, waters | 0,025 |  |
| 37 | Evento | Témporo mandivular | 0,025 |  |
| 38 | Evento | Hombro frente | 0,025 |  |
| 39 | Evento | Torax frente | 0,025 |  |
| 40 | Evento | Columna cervical (costo por placa) | 0,025 |  |
| 41 | Evento | Columna dorsal (costo por placa) | 0,025 |  |
| 42 | Evento | Columna lumbar (costo por placa) | 0,025 |  |
| 43 | Evento | Columna sacro-coxigea (costo por placa) | 0,025 |  |
| 44 | Evento | Pelvis o cadera o fémur (costo por placa) | 0,025 |  |
| 45 | Evento | Extremidades por segmento (costo por placa) | 0,025 |  |
| 46 | Evento | Sialografía c/glándula | 0,025 |  |
| 47 | Evento | Esófago grafía | 0,025 |  |
| 48 | Evento | Estómago y duodeno doble contraste | 0,025 |  |
| 49 | Evento | Intestino delgado | 0,025 |  |
| 50 | Evento | Colon doble contraste (costo por placa) INCLUYE ENEMA | 0,025 |  |
| 51 | Evento | Colecistografía oral | 0,025 |  |
| 52 | Evento | Colangiografía endovenoso | 0,025 |  |
| 53 | Evento | Abdomen simple | 0,025 |  |
| 54 | Evento | Urografía endovenosa | 0,025 |  |
| 55 | Evento | Pielo-cistografía. | 0,025 |  |
| 56 | Evento | Cistografía miccional. | 0,025 |  |
| 57 | Evento | Histero-salpingografía. COSTO POR ESTUDIO. | 0,025 |  |
| 58 | Evento | Placas en colangiografía. COSTO POR PLACA. | 0,025 |  |
| 59 | Evento | Intensificador de imágenes (según el uso) | 0,025 |  |
| 60 | Sesión | Fisioterapia (sólo casos autorizados expresamente y bajo circunstancias especiales). La CSBP contrata este servicio por separado para pacientes ambulatorios y también para atención de internados. | 0,025 |  |
| 61 | % | **Otras consideraciones en cuanto a costos**, describir o detallar otras características de costos que no estén descritas en los cuadros anteriores y que el proponente considere importantes y atrayentes a fin de ser consideradas por la comisión calificadora. Ejemplo: servicios no contemplados en el pliego, recargos, ambulancia, etc. | 0,35 |  |

DESCRIBIR LOS QUE CORRESPONDEN EL COSTO DE UNA PLACA

|  |
| --- |
| **NOTA: El control de presión arterial, toma de temperatura, inyectables y otros propios de enfermería en pacientes hospitalizados, no debe cobrarse por separado, es parte del servicio de enfermería y hotelería.** |

El proponente debe ofertar por todos los servicios descritos que en lo posible serán adjudicados a un solo proponente. La única excepción son los Servicios de UTI y NEONATOLOGIA en los cuales la CSBP podrá determinar adjudicarlos por evento, de acuerdo al análisis que se efectúe de las ofertas recibidas.

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

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

DOCUMENTO PRIVADO

MODELO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

**CSBP.ASES.LEG.REG.Nº \_\_\_-2022**

Conste por el presente documento privado un **Contrato de Servicio Emergencia y Hospitalización por Evento**, con destino a la población asegurada de la Administración Regional de Sucre de la **CSBP,** que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**PRIMERA. (PARTES).**

Son Partes del presente Contrato:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**, representada legalmente en la Regional Sucre, por el **Lic. Fernando Calani Zegarra** en su condición de Agente Regional Sucre, Dra. Ximena Torrejon J y el **Lic. Francisco Guzmán Carvallo** como Contador Regional Sucre, según Poder Especial No. 0003/2022, de 03 de enero de 2022, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 050, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo de la Dra. María Eugenia Quiroga de Navarro, que en adelante se denominará la **CSBP**.
  2. La empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita en el Registro de Comercio administrado por FUNDEMPRESA, bajo la Matricula N° \_\_\_\_\_, con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de Sucre y representada legalmente por **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con CI Nº \_\_\_\_\_, en mérito al Testimonio de Poder Especial N° \_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública N° \_\_, del Distrito Judicial de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en adelante se denominará la **CONTRATADA.**
  3. A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como Partes y de manera individual como Parte.

**SEGUNDA. (ANTECEDENTES).**

2.1. En cumplimiento del Reglamento de Compras de la **CSBP**, aprobado mediante Resolución de Directorio No. 060/2021, de 30 de noviembre de 2021, se ha llevado a cabo el proceso de contratación bajo la modalidad de Contrato Marco N° \_\_\_/2022, para la contratación **del Servicio de Emergencia y Hospitalización por Evento** para la población asegurada de la Administración Regional de Sucre de la **CSBP.**

2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.3. Habiéndose emitido la No Objeción Administrativa, así como la No Objeción del Gasto y Aprobación del Proceso, mediante Nota \_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 2022, se ha adjudicado a favor de la **CONTRATADA** la prestación **del Servicio de Emergencia y Hospitalización por Evento** para la población asegurada de la Administración Regional de Sucre de la **CSBP**,por lo que en atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_ de 2022, registrada mediante Hoja de Ruta \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

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

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

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

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

La **CSBP** de acuerdo al siguiente detalle,cancelará en favor de la **CONTRATADA** por el Servicio por Evento, lo siguiente, en Bolivianos:

…………………..

La **CSBP** realizará el pago por la prestación del Servicio de manera mensual por **EVENTO,** para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar mensualmente una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, orden de servicio, resultados y cuadro resumen de procedimientos realizados durante el mes, que deberá contener la siguiente información:

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

Se acuerda también, que la **CONTRATADA** deberá solicitar los pagos por sus Servicios, hasta finalizado el mes, acompañando toda la documentación referida en esta cláusula.

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (02) AÑOS,** plazo que se computará a partir del **01 de abril de 2022 al 31 de marzo de 2024**, no existiendo tácita reconducción. Las Partes, previo acuerdo y en atención a los antecedentes de la prestación del Servicio, podrán renovar el presente Contrato.

**SEPTIMA. (COORDINACION).**

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

**OCTAVA. (RESPONSABILIDADES).**

8.1. La **CSBP** ha adjudicado la prestación del Servicio a favor de la **CONTRATADA,** basándose en los antecedentes de calidad, responsabilidad, experiencia y prestigio de la **CONTRATADA,** por lo que ésta se compromete al cumplimiento del objeto del presente Contrato en óptimas condiciones de eficiencia, efectividad, seguridad y cumpliendo parámetros de bioseguridad, no pudiendo transferir o subrogar a terceros las obligaciones asumidas.

8.2. La **CONTRATADA** en casos comprobados de haber incurrido en error, omisión o negligencia en la prestación del Servicio, además de ser sancionada conforme establece el presente Contrato, asumirá la responsabilidad de las consecuencias que estos hechos generen a la **CSBP**.

**NOVENA. (MULTAS).**

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

9.2. Asimismo, la **CSBP** ante el incumplimiento de la **CONTRATADA** a los plazos para solicitar sus pagos mensuales por los Servicios prestados, como se establece en la cláusula Quinta del presente Contrato, aplicará en su contra una multa equivalente al uno por ciento (1%) del importe mensual a cancelar por día de retraso en la presentación de su solicitud y de los documentos requeridos a dicho efecto. Esta multa será deducida del pago mensual correspondiente.

**DECIMA. RESOLUCION.**

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

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

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

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

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

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

La **CSBP** ni la **CONTRATADA** serán responsables por el incumplimiento de sus obligaciones respectivas, en caso de eventos conceptuados como fortuitos o fuerza mayor. Se entiende por fuerza mayor al obstáculo externo, imprevisto o inevitable, que origina una fuerza extraña al hombre y que impide el cumplimiento de la obligación (ejemplo: incendio, inundaciones y otros desastres naturales). Se refuta como caso fortuito, al obstáculo interno atribuible al hombre, imprevisto o inevitable, proveniente de las condiciones mismas en que la obligación debía ser cumplida (ejemplo: conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.). Cualquier suspensión de la ejecución en estos casos, será limitada al periodo en que la causa o sus consecuencias existieren. Si la imposibilidad resultante permaneciera por más de treinta (30) días, cualquiera de las Partes podrá optar por la resolución del Contrato, quedando en este caso obligadas las Partes al cumplimiento de las obligaciones recíprocamente debidas hasta la fecha del comienzo de dicha imposibilidad.

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

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

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

Forman parte del presente Contrato: El Reglamento de Compras de la **CSBP**, aprobado mediante Resolución de Directorio No. 060/2021, de 30 de noviembre de 2021, el Pliego Específico de Condiciones del proceso de contratación que da lugar a la suscripción del presente Contrato y la propuesta presentada por la **CONTRATADA**.

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

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

**DECIMO QUINTA. (DOMICILIO).**

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

* **CSBP** - Calle Azurduy N° 89 esquina Bolívar, de la ciudad de Sucre.
* **CONTRATADA** - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de Sucre.

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

En cumplimiento al Instructivo CITE: de de de 20 , la **CONTRATADA** debe contar con la Resolución Administrativa de Funcionamiento, otorgada por el Servicio Departamental de Salud con vigencia hasta el \_\_ de \_\_\_\_ de 20 , por lo que en caso de no hacerlo y acontecer cualquier contingencia relacionada con aspectos certificados por el SEDES, las Partes acuerdan que la **CONTRATADA** asumirá íntegramente las responsabilidades y consecuencias que pudieran emerger al respecto, tanto frente a la **CSBP** como frente a terceros.

**DECIMO SEPTIMA. (ACEPTACION).**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **LIC. FERNANDO CALANI Z.**  **AGENTE REGIONAL** | **LIC. FRANCISCO GUZMAN C.**  **CONTADOR REGIONAL** |

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

**CONTRATADA**