

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### SR-CMA-02-2023

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLOGICA POR EVENTO (2 AÑOS)”** |

 **Sucre, Marzo de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****CONTRATO MARCO SR-CMA-02-2023****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLOGICA POR EVENTO (2 AÑOS) – 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: adquisicionescsbpscr@csbp.com.bo  |
| Teléfono: (591-4) 64-65226 64-45119 int. 5208 |

**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLOGICA POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 22/03/2023 | 15:00 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 04/04/2023 | 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)**En caso de presentación digital:** Al correo electrónico: adquisicionescsbpscr@csbp.com.bo |
| 3 | Apertura de Ofertas. | Hasta: 04/04/2023 | Hasta:Hrs. 15:15 | **Apertura Física:**  Calle Azurduy N° 89 Esq. Bolívar. |
| 4 | Evaluación de Propuestas | Desde el 05/04/2023Hasta el 12/04/2023 | Según disponibilidad de tiempo | En oficinas Administrativa de la CSBP |
| 5 | Resultado Del Proceso | \*13/04/2023 | Notificación enviada al adjudicados |

(\*) 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. Profesionales de la especialidad objeto del proceso de contratación, legalmente establecidos en la ciudad de Sucre.
 |
| 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. Fernando Calani Agente Regional Sucre * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

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

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

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

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

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA** * La propuesta económica debe ser presentada en el **Formulario N°4** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
 |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA**
 | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas. |
| 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.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA**
 | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.**OFERTA FISICA:** La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****REGIONAL SUCRE,****LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***…………………………………………………………….*****RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: SR-CMA-02-2023*****PRIMERA* CONVOCATORIA**Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediantenota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrásolicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/ocomplementaciones 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 continuaparticipando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la horalímite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolucióndel sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devoluciónen el Libro de Actas o Registro Electrónico. La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita.**OFERTA ELECTRONICA:**En caso de que su propuesta sea enviada de forma digital, la misma deberá contener todos los Formularios debidamente llenados y ser enviada indicando en la referencia: **SR-CMA-02-2023 – CONTRATACION DE SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLOGICA POR EVENTO (2 AÑOS)**, este envió debe ser realizado antes de la fecha y hora límite establecida en la convocatoria al siguiente correo electrónico: adquisicionescsbpscr@csbp.com.bo |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS**
 | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.**  |
| 1. **ACTO DE APERTURA**
 | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir.Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar 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. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.
 |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES**
 | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC;
2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.

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

|  |
| --- |
| **PARTE III****EVALUACIÓN DE OFERTAS** |
| 1. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO**
 | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **FORMA DE ADJUDICACION Y METODOLOGIA DE EVALUACION:**
 | 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 seis (6) 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 cinco (05) 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 dejara sin efecto la adjudicación y se evaluara al segundo con menor precio ofertado. En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO**
 | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |

|  |
| --- |
| **PARTE V****ESPECIFICACIONES TECNICAS****CONTRATACIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLOGICA POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA** |
|

|  |
| --- |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** |
|  |
|  |
| *1.* | **LUGAR DE SERVICIO** |  |
| Consulta privada, Policonsultorio, Clínicas y Hospitalización contratadas por la CSBP. |  |
| *2.* | La atención se realizará a los pacientes que requieran atención en Servicios auxiliares – Anatomía Patológica tanto en hospitalización como forma ambulatoria, todo el mes según necesidad y emergencia durante el tiempo que dure el contrato. |  |
| *3.* | El Centro de Diagnóstico de Anatomía Patológica debe registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el SAMI, para lo cual estará disponible equipos en del Hospital o clínica contratado. En el Sistema (SAMI) se debe registrar TODA LA INFORMACIÓN emergente de la atención del paciente en las historias clínicas, los relatos operatorios, evoluciones, etc. Ordenes medicas de laboratorio y gabinetes, recetas luego sellar y firmar. |  |
| *4.* | Según Normativa Nacional, el proponente, médico tratante **es el único que debe registrar en la Historia clínica, “todos”** los medicamentos utilizados, las pruebas de laboratorio realizadas, los estudios complementarios (RX, ecografías, TAC, otros.) |  |
| *5.* | Es obligatorio el **REGISTRO** de la información en el SAMI, solo se cancelará al médico tratante cuando se verifique el correcto llenado de la información en la H.CL. del SAMI.  |  |
| La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del SAMI. |  |
| Los proponentes no podrán rehusarse a este requisito como tampoco a la capacitación en el caso de necesitarla. |  |
| *6.* | Todas las **ALTAS HOSPITALARIAS** deben ser realizados ANTES DEL MEDIODÍA. Después del mediodía, es un costo adicional para la CSBP y puntos en contra de médico infractor con riesgo de que el médico pueda cancelar el día adicional de internación. |  |
| *7.* | **Todos los medicamentos** que se deben utilizar en el tratamiento de los asegurados deben estar basados en la lista **LINAME.** |  |
| *8* | El proponente solo podrá emitir ordenes medicas de las **PRUEBAS DE LABORATORIO** que le corresponda a cada especialidad. Es imperativo aplicar mas clínica y pedir una **CANTIDAD MINIMA DE PRUEBAS DE LABORATORIO.** |  |
| *9* | Los profesionales que se postulen deben estar **dispuesto a coordinar** junto con todos los especialistas. |  |
| *10* | Los profesionales deben realizar informes médicos y participar en junta medica a requerimiento de la institución. |  |
| *11* | **PRESENTACIÓN DE INFORMES DE COBRO.** |  |
| Los informes del servicio prestado deben ser facturado y/o cobrados dentro del periodo comprendido entre el 19 del anterior mes y el 18 del presente.En caso de que la fecha de presentación (día 20) recaiga en fin de semana, la presentación se recorre al día siguiente hábil del mes.Estos cortes de servicio se deben ser efectuados todos los meses sin importar balances semestrales o anuales. |  |
| Un folder con su fastenes incluyendo. |  |
| Solicitud de pago, indicando el mes y el monto que cobra. Si no tiene factura debe indicar el pago con recibo oficial y retención impositiva (solamente por unos meses) mientras gestiona su factura. |  |
| Fotocopia de aranceles. |  |
| Factura original, correctamente llenada. A nombre de: Caja de Salud de la Banca Privada, con NIT: 1020635028. |  |
| Hoja resumen de atenciones y de cobro según formato CSBP. |  |
| *12* | **MONTO Y FORMA DE PAGO** |  |
| El pago se realizará por evento y de forma mensual.  |  |
| El tiempo máximo de retraso para el cobro regular por los servicios brindados, será de dos meses. Pasado este tiempo la CSBP ya no cancelara los servicios brindados. |  |
| *13* | **PERFIL PROFESIONAL** |  |
| 1) Personal Formación profesional  |  |
| 2) Experiencia Especifica Mínima: Dos años de experiencia laboral (en caso de los médicos se considera el año ASO como un año de experiencia laboral). |  |
| 3) Actitud positiva y buen trato al usuario. - Que tenga actitud positiva, calidad y calidez en la atención al paciente y al personal de salud, solidos valores éticos, morales y responsabilidad. |  |

***14 Datos* Bioestadísticos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| CITOLOGIA POR EVENTO | 533 | 751 | 756 | 200 | 522 | 415 |
| ANATOMOPATOLOGIA POR EVENTO | 177 | 145 | 185 | 100 | 170 | 148 |

MODELO CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOSCITE: ASES. LEG. REG. N°\_\_\_/2023Conste por el presente documento privado un **Contrato de Servicios Auxiliares de Anatomía Patológica por evento,** que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas y condiciones: **PRIMERA. (PARTES).**Son Partes del presente Contrato:* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**, representada legalmente en la Regional Sucre, por el **Lic. Fernando Calani Zegarra** en su condición de Agente Regional Sucre, Dra. Verónica Gutiérrez A. Jefe Medico Interino y el **Lic. Francisco Guzmán Carvallo** como Contador Regional Sucre, según Poder No. 2422/2022, de 06 de diciembre de 2022, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 093, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo del Abg. Marcelo Javier Tórres Mallea, que en adelante se denominará la **CSBP**.
	2. La empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita en el Registro de Comercio administrado por el SEPREC, bajo la Matricula N° \_\_\_\_, con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra y representada legalmente por **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con CI Nº \_\_\_\_\_\_, en mérito al Testimonio de Poder Especial N° \_\_\_/20\_\_, 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** – Versión 3, aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, se ha llevado a cabo el proceso de contratación bajo la modalidad de Contrato Marco No. \_\_\_/2023, para **la Prestación de Servicios Auxiliares de Anatomía Patológica por evento** para la población asegurada de la Administración Regional de Sucre de la **CSBP.** 2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.2.3. Habiéndose emitido la No Objeción Administrativa, así como la No Objeción del Gasto y Aprobación del Proceso, mediante Nota \_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 2023, se ha adjudicado a favor de la **CONTRATADA** la prestación **del Servicios Auxiliares de Anatomía Patológica por evento** para la población asegurada de la Administración Regional de Sucre de la **CSBP**.2.4. En atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_\_ de \_\_\_ de 2023, registrada mediante Hoja de Ruta No. \_\_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.**TERCERA. (OBJETO).** El objeto del presente Contrato es establecer los términos y condiciones a que se sujetará la contratación de los **Servicios Auxiliares de Anatomía Patológica 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 GENERALES PARA LA PRESTACION 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 Contrato Marco No. \_\_\_/2023 y su propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.**QUINTA. (PRECIO Y FORMA DE PAGO).**La **CSBP**,de acuerdo al siguiente detalle,cancelará en favor de la **CONTRATADA** por el Servicio, lo siguiente, en Bolivianos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DETALLE DE ESTUDIOS** | **IMPORTE UNITARIO EN BS** |
|   | **ESTUDIOS**  |   |
|  |  |  |

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

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

**SEXTA. (VIGENCIA).**El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (02) AÑOS,** plazo que se computará a partir del **\_\_ de \_\_\_ de 20\_\_ al \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_**, no existiendo tácita reconducción. Las Partes, previo acuerdo y en atención a los antecedentes de la prestación del Servicio, podrán renovar el presente Contrato.**SEPTIMA. (COORDINACION).** La **CONTRATADA**, a través de su representante legal, se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la prestación del Servicio y la ejecución del presente Contrato.Para el efecto, se realizarán las reuniones de coordinación que se consideren convenientes a criterio de la **CSBP**, en la que participarán además de los representantes legales de la **CONTRATADA** y de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente. La **CSBP** se reserva el derecho de acreditar a la persona responsable de ejercer la supervisión del Servicio.**OCTAVA. (RESPONSABILIDADES).**8.1. La **CSBP** contrata los servicios de la **CONTRATADA** en atención a sus antecedentes de calidad de servicio, responsabilidad profesional, prestigio reconocido, experiencia y capacidad instalada, por lo que la **CONTRATADA** se compromete al cumplimiento del objeto del presente Contrato en óptimas condiciones de garantía y eficiencia y de acuerdo a sus reglamentos, cumpliendo con todas las condiciones de bioseguridad exigidas en normas previstas para el efecto y para el adecuado y oportuno cumplimiento del Servicio contratado, no pudiendo transferir o subrogar a terceros las obligaciones asumidas.8.2. La **CONTRATADA** es responsable por cualquier error, omisión o mala atención que preste a los asegurados y/o beneficiarios de la **CSBP**, quienes serán atendidos conforme a procedimientos determinados, por lo que además de las sanciones previstas en el presente Contrato, asumirá la total responsabilidad de las consecuencias que estos hechos generen a la **CSBP** o a su población asegurada. **NOVENA. (MULTAS).**La **CSBP** ante el incumplimiento de la **CONTRATADA** respecto de alguna o algunas de las obligaciones asumidas en este Contrato, independientemente de poder tomar la determinación de resolver el mismo, aplicará una multa equivalente al tres por ciento (3%) del importe mensual a cancelar. Esta multa será deducida del pago mensual correspondiente.**DECIMO (RESOLUCION).**11.1. 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. 11.2. Esta resolución procederá cuando la **CONTRATADA**, producto del incumplimiento de sus obligaciones, hubiese sido sancionada con la multa prevista en la cláusula Novena en **tres** oportunidades. Para tal efecto, la **CSBP** comunicará a la **CONTRATADA**, en forma escrita, la determinación asumida.11.3. 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**.11.4. Por otra parte, al tratarse el Servicio 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 o por cualquier otra razón, deberá comunicar a ésta su intención en forma escrita y con sesenta (60) días de anticipación.11.5. 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 la información a la que acceda y por cualquier otra información que sea de su conocimiento, respecto de los asegurados y beneficiarios de la **CSBP**, en consecuencia, la **CONTRATADA** se compromete a trasmitir dicha información única y exclusivamente a la **CSBP**, no pudiendo develar la misma a terceras personas bajo ningún concepto.**DECIMO TERCERA. (DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO).** Forman parte del presente Contrato: El Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, las Especificaciones Técnicas del proceso de contratación Contrato Marco No. \_\_\_/2023 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 a todas las obligaciones socio-laborales con su personal.****DECIMO QUINTO. (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 SEXTO. (DE LOS GASTOS NOTARIALES).**La **CONTRATADA** se obliga a cancelar los gastos emergentes del reconocimiento de firmas del presente Contrato ante Notario de Fe Pública.**DECIMO SEPTIMA. (RESPONSABILIDAD ANTE EL SEDES).** En cumplimiento al Instructivo CITE: ON-GG-S-007-14, de 17 de septiembre de 2014, si bien la **CONTRATADA** cuenta con la Resolución Administrativa No. CCEO/A.L. No. \_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, de Renovación de Funcionamiento de la \_\_\_\_\_\_\_, otorgada por el Servicio Departamental de Salud con vigencia hasta el \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, la **CONTRATADA** se obliga a mantener vigente dicha autorización durante toda la vigencia del presente Contrato, 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 OCTAVO. (ACEPTACION).** En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente Contrato en dos (4) ejemplares de un mismo tenor y valor legal en la ciudad de Sucre, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 **CONTRATADO** |

**ANEXOS**

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

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco SR-CMA-02-2023**

 **CONTRATACION DE SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLOGICA POR EVENTO (2 AÑOS)**

A nombre (Nombre del profesional oferente…………) 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.

a) Título Académico.

b) Título en Provisión Nacional.

c) Título de Especialización

d) Sub-Especialización (Opcional)

e) Registro en el Colegio Médico o equivalente

f) Número de Identificación Tributaria (NIT).

g) Cédula de Identidad vigente.

h) Resolución de Autorización emitido por el SEDES, **vigente.**

Asimismo, ofrezco mantener mi 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 profesional proponente)***

***(Nombre completo del proponente)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

1. Nombre del Profesional Independiente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Años de Experiencia General \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Años de Experiencia especialidad Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Años de Experiencia subespecialidad (Opcional) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Numero de NIT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Número de Matrícula del Colegio Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA TÉCNICA**

**CONTRATO MARCO N° SR-CMA-02-2023**

**“CONTRATACION SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLOGICA POR EVENTO (2 AÑOS)”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **PROPUESTA** | **OBSERVACIONES** |
| **(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** |
| *1.* | **LUGAR DE SERVICIO** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| Consulta privada, Policonsultorio, Clínicas y Hospitalización contratadas por la CSBP. |
| *2.* | La atención se realizará a los pacientes que requieran atención en Servicios auxiliares – Anatomía Patológica tanto en hospitalización como forma ambulatoria, todo el mes según necesidad y emergencia durante el tiempo que dure el contrato. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *3.* | El Centro de Diagnóstico de Anatomía Patológica debe registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el SAMI, para lo cual estará disponible equipos en del Hospital o clínica contratado. En el Sistema (SAMI) se debe registrar TODA LA INFORMACIÓN emergente de la atención del paciente en las historias clínicas, los relatos operatorios, evoluciones, etc. Ordenes medicas de laboratorio y gabinetes, recetas luego sellar y firmar. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *4.* | Según Normativa Nacional, el proponente, médico tratante **es el único que debe registrar en la Historia clínica, “todos”** los medicamentos utilizados, las pruebas de laboratorio realizadas, los estudios complementarios (RX, ecografías, TAC, otros.) | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *5.* | Es obligatorio el **REGISTRO** de la información en el SAMI, solo se cancelará al médico tratante cuando se verifique el correcto llenado de la información en la H.CL. del SAMI.  | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del SAMI. |
| Los proponentes no podrán rehusarse a este requisito como tampoco a la capacitación en el caso de necesitarla. |
| *6.* | Todas las **ALTAS HOSPITALARIAS** deben ser realizados ANTES DEL MEDIODÍA. Después del mediodía, es un costo adicional para la CSBP y puntos en contra de médico infractor con riesgo de que el médico pueda cancelar el día adicional de internación. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *7.* | **Todos los medicamentos** que se deben utilizar en el tratamiento de los asegurados deben estar basados en la lista **LINAME.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *8* | El proponente solo podrá emitir ordenes medicas de las **PRUEBAS DE LABORATORIO** que le corresponda a cada especialidad. Es imperativo aplicar más clínica y pedir una **CANTIDAD MINIMA DE PRUEBAS DE LABORATORIO.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *9* | Los profesionales que se postulen deben estar **dispuesto a coordinar** junto con todos los especialistas. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *10* | Los profesionales deben realizar informes médicos y participar en junta médica a requerimiento de la institución. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| *11* | **PRESENTACIÓN DE INFORMES DE COBRO.** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| Los informes del servicio prestado deben ser facturado y/o cobrados dentro del periodo comprendido entre el 19 del anterior mes y el 18 del presente.En caso de que la fecha de presentación (día 20) recaiga en fin de semana, la presentación se recorre al día siguiente hábil del mes.Estos cortes de servicio se deben ser efectuados todos los meses sin importar balances semestrales o anuales. |
| Un folder con su fastenes incluyendo. |
| Solicitud de pago, indicando el mes y el monto que cobra. Si no tiene factura debe indicar el pago con recibo oficial y retención impositiva (solamente por unos meses) mientras gestiona su factura. |
| Fotocopia de aranceles. |
| Factura original, correctamente llenada. A nombre de: Caja de Salud de la Banca Privada, con NIT: 1020635028. |
| Hoja resumen de atenciones y de cobro según formato CSBP. |
| *12* | **MONTO Y FORMA DE PAGO** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| El pago se realizará por evento y de forma mensual.  |
| El tiempo máximo de retraso para el cobro regular por los servicios brindados, será de dos meses. Pasado este tiempo la CSBP ya no cancelara los servicios brindados. |
| *13* | **PERFIL PROFESIONAL** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| 1) Personal Formación profesional  |
| 2) Experiencia Especifica Mínima : Dos años de experiencia laboral (en caso de los médicos se considera el año ASO como un año de experiencia laboral). |
| 3) Actitud positiva y buen trato al usuario. - Que tenga actitud positiva, calidad y calidez en la atención al paciente y al personal de salud, solidos valores éticos, morales y responsabilidad. |

##

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**CONTRATO MARCO N° SR-CMA-02-2023**

**“CONTRATACION DE SERVICIOS AUXILIARES DE ANATOMIA PATOLGICA POR EVENTO (2 AÑOS)”**

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

Agradecemos a Us.(s) ofertar los servicios descritos a continuación, en moneda nacional (bolivianos) incluyendo impuestos de Ley, los mismos que deberán incluir máximo 2 decimales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nª** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** |
| **1 GENITAL FEMENINO** |  |   |
| 1 | PAPANICOLAU DE CUELLO UTERINO (1 MUESTRA) | 1 |   |
| 2 | PAPANICOLAU DE ENDOCERVIX Y EXOCERVIX (2 MUESTRAS) | 1 |   |
| 3 | CITODIAGNOSTICO DE CUELLO UTERINO HORMONAL EN PAP | 1 |   |
| 4 | CITODIAGNOSTICO PUNCION (PAAF) DE MAMA (1 MUESTRA) | 1 |   |
| 5 | CITODIAGNOSTICO PUNCION (PAAF) DE MAMA (2 MUESTRA) | 1 |   |
| 6 | CITODIAGNOSTICO DE SECRECION DE MAMA (UNA MUESTRA) | 1 |   |
| 7 | CITODIAGNOSTICO DE SECRECION DE MAMA (DOS MUESTRA) | 1 |   |
| 8 | CITODIAGNOSTICO HORMONAL EN ORINA (UROCITOGRAMA) | 1 |   |
| 9 | BIOPSIA DE CERVIX Y POLIPOS DE CERVIX | 1 |   |
| 10 | BIOPSIA DE ENDOMETRICO (LEGRADOS) | 1 |   |
| 11 | CONO CERVICAL (ASA DE LEEP) | 1 |   |
| 12 | BIOPSIA INSICIONAL DE MAMA | 1 |   |
| 13 | PIEZA QUIRURGICA DE MAMA | 1 |   |
| 14 | PIEZA QUIRURGICA DE UTERO | 1 |   |
| 15 | PIEZA QUIRURGICA DE UTERO Y ANEXOS | 1 |   |
| 16 | PIEZA QUIRURGICA DE OVARIO Y/O QUISTES | 1 |   |
| 17 | PIEZA QUIRURGICA DE TROMPAS | 1 |   |
| 18 | QUISTES DE OVARIO EMBARAZO ECTOPICO | 1 |   |
| 19 | BIOPSIA DE TEJIDOS BLANDOS DE GENITALES | 1 |   |
| 20 | BIOPSIA DE VULVA VAGINA | 1 |   |
| 21 | PIEZA QUIRURGICA DE PLACENTA | 1 |   |
| 22 | BAC FLUJO CERVICOVAGINAL | 1 |   |
| 23 | PUNCION CON AGUJA GRUESA DE MAMA (TRUCUT Y7O CORE) | 1 |   |
| 24 | BIOPSIAEXCISIONAL, NODULECTOMIA Y/O CUATRACTECTOMIA | 1 |   |
| 25 | BIOPSIA DE GANGLIO CENTINEA POR CONGELACION MAMA | 1 |   |
| 26 | INMUNOHISTOQUIMICA EN MAMA (8RE.RP-HER 2 NEU-KI 67) | 1 |   |
| 27 | PIEZA QUIRURGCA DE VULVECTOMIA | 1 |   |
| 28 | INMUNOHISTOQUIMICA DE GENITAL FEMENINO Y OTROS | 1 |   |
| **2 ENDOCRINOLOGIA** |   |   |
| 1 | CITODIAGNOSTICO DE PUNCION DE TIROIDES (POR PLACA) | 1 |   |
| 2 | PIEZA QUIRURGICA DE TIROIDES | 1 |   |
| 3 | PAAF OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS / UNA PLACA | 1 |   |
| 4 | BIOPSIA DE NODULO TIROIDEO Y/O QUISTES | 1 |   |
| 5 | BIOPSIA DE OTROS ORGANOS ENDOCRINOS | 1 |   |
| 6 | PIEZA QUIRURGICA DE OTROS ORGANOS ENDOCRINOS | 1 |   |
| 7 | INMUNOHISTOQUIMICA DE GLANDULAS ENDOCRINAS | 1 |   |
| **3 GENITALES MASCULINOS** |   |   |
| 1 | CITODIAGNOSTICO PUNCION DE PROSTATA | 1 |   |
| 2 | PIEZA QUIRURGICA DE PROSTATA - O- RTU | 1 |   |
| 3 | BIOPSIA DE TESTICULOS EPIDIDIMO Y PENE | 1 |   |
| 4 | PIEZA QUIRURGICA DE TESTICULOS EPIDIDINO Y ESCROTO | 1 |   |
| 5 | PAAF DE PROSTATA / UNA PLACA | 1 |   |
| 6 | BIOPSIA DE PROSTATA Y/O RTU | 1 |   |
| 7 | INMUNOHISTOQUIMICA DE GENITALES MASCULINOS Y OTROS | 1 |   |
| **4 RESPIRATORIO** |   |   |
| 1 | BIOPSIA FARINGE LARINGE | 1 |   |
| 2 | CITODIAGNOSTICO DE PUNCION DE PULMON (UNA MUESTRA) | 1 |   |
| 3 | CITODIAGNOSTICO DE PUNCION DE PULMON (DOS MUESTRA) | 1 |   |
| 4 | CITODIAGNOSTICO DE ESPUTO SERIADO (TRES MUESTRAS) | 1 |   |
| 5 | CITODIAGNOSTICO DE LIQUIDO PLEURAL | 1 |   |
| 6 | BIOPSIA DE TRAQUEA BRONQUIOS PULMON PLEURAS | 1 |   |
| 7 | PIEZA QUIRURGICA DE PULMON (LOBECTOMIA) | 1 |   |
| 8 | CITOLOGIA DE CEPILLADO Y /O LAVADO BRONQUIAL, ALVEOLAR | 1 |   |
| 9 | PAP DE ESTUPO 1 MUESTRA | 1 |   |
| 10 | BIPSIA DE TRAQUEA, BRONQUIO, PULMON, PLEURA, Y/O PINCION CON AGUJA GRUEZA | 1 |   |
| 11 | TINCION ESPECIAL PARA HONGO, BACILOS Y OTROS | 1 |   |
| 12 | INMUNOHISTOQUIMICA DE RESPIRATORIO Y OTROS | 1 |   |
| **5 DIGESTIVO** |   |   |
| 1 | BIOPSIA DE CAVIDAD BUCAL PALADAR LENGUA LABIO | 1 |   |
| 2 | BIOPSIA DE GLANDLA SALIVAL | 1 |   |
| 3 | CITODIAGNOSTICO DE PUNCION DE GLANDULAS SALIVALES | 1 |   |
| 4 | BIOPSIA DE ESOFAGO ESTOMAGO INTESTINO EPIPLON Y PERITONEO | 1 |   |
| 5 | BIOPSIA DE ESTOMAGO MAS HELICOBATER PILORY | 1 |   |
| 6 | BIOPSIA DE HIGADO VIAS BILARES Y PANCREAS | 1 |   |
| 7 | BIOPSIA DE POLIPOS (APARATO DIGESTIVO) | 1 |   |
| 8 | BIOPSIA DE HEMORROIDES RECTO ANO | 1 |   |
| 9 | PIEZA QUIRURGICA DE ESTOMAGO INTESTINO DELGADO Y GRUESO | 1 |   |
| 10 | PIEZA QUIRURGICA DE VESICULA BILIAR Y APENDICE CECAL | 1 |   |
| 11 | PAAF DE HIGADO Y VIA BILIARES Y PANCREAS | 1 |   |
| 12 | PAAF LIQUIDO PERITONEAL ASCITICO Y/O JERINA | 1 |   |
| 13 | BIOSPSIA POR MAPEO EN MUCOSA DE ESTOMAGO E INTESTINOS Y OTROS | 1 |   |
| 14 | INMUNOHISTOQUIMICA DE DIGESTIVO Y OTROS | 1 |   |
| **6 SISTEMA NERVIOSO** |   |   |
| 1 | BIOPSIA DE CEREBRO CEREVELO MEDULA ESPINAL Y NERVIOS | 1 |   |
| 2 | BIOPSIA DE MENINGES | 1 |   |
| 3 | BIOPSIA DE NERVIOS | 1 |   |
| 4 | CITOLOGIA DE LIQUIDO CEFALORRAQU | 1 |   |
| 5 | INMUNOHISTOQUIMICA DE TEJIDOS NERVIOSOS Y OTROS | 1 |   |
| **7 PIEL Y ANEXOS** |   |   |
| 1 | BIOPSIA DE PIEL Y ANEXOS Y TEJIDOS ADIPOSO | 1 |   |
| 2 | BIOPSIA DE QUISTES Y FISTULA DE PIEL  | 1 |   |
| 3 | CITOLOGIA DE PIEL | 1 |   |
| 4 | BIOPSIA EXCESIONAL DE PIEL | 1 |   |
| 5 | INMUNOHISTOQUIMICA DE PIEL, ANEXOS Y OTROS | 1 |   |
| **8 PARTES BLANDAS Y TEJIDO OSEO**  |   |   |
| 1 | BIOPSIA DE HUESO Y MEDILA OSEA | 1 |   |
| 2 | BIOPSIA DE MUSCULOS Y TEJIDO ADIPOSO | 1 |   |
| 3 | PIEZA QUIRURGICA DE DEDO MANO Y OTROS | 1 |   |
| 4 | BIOPSIA DE TEJIDO CARTILAGINOSO | 1 |   |
| 5 | INMUNOHISTOQUIMICA DE PARTES BLANDAS Y OTROS | 1 |   |
| 6 | PAP DE TEJIDO OSEO Y/O QUISTE | 1 |   |
| 7 | PIEZA QUIRURGICA DE DEDO MANO, PIES, PIERNA Y OTROS | 1 |   |
| 8 | INMUNOHISTOQUIMICA DETEJIDO OSEO Y OTROS | 1 |   |
| **9 OJOS Y ANEXOS** |   |   |
| 1 | BIOPSIA DE CONJUNTIVA CORNEA Y ANEXOS | 1 |   |
| 2 | PIEZA QUIRUGICA DE GLOBO OCULAR | 1 |   |
| 3 | INMUNOHISTOQUIMICA DE CONJUNTIVA, ANEXOS, GLOBO OCULAR Y OTROS | 1 |   |
| **10 RENAL** |   |   |
| 1 | BIOPSIA DE RIÑON | 1 |   |
| 2 | PIEZA QUIRURGICA DE RIÑON | 1 |   |
| 3 | BIOPSIA DE PELVIS URETER Y URETRA | 1 |   |
| 4 | PAP DE ORINA | 1 |   |
| 5 | PAP DE ORINA SERIADO 3 MUESTARS | 1 |   |
| 6 | PAP DE ORINA HORMONAL (UROCITOGRAMA) | 1 |   |
| 7 | PIEZA QUIRURGICAA DE VEJIGA | 1 |   |
| 8 | BIOPSIA POR MAPEO DE MUCOSA VESICAL Y OTROS | 1 |   |
| 9 | ESTUDIO DE CALCULOS RENALES Y DE VIAS URINARIAS | 1 |   |
| 10 | INMUNOHISTOQUIMICA DE RIÑON, VIAS URINARIAS, VEJIGA Y OTROS | 1 |   |
| **11 TEJIDOS LINFOIDE Y MIELOIDE** |   |   |
| 1 | PIEZA QUIRURGICA DE BAZO | 1 |   |
| 2 | CITODIAGNOSTICO DE PUNCION DE QUISTES DE CUELLO | 1 |   |
| 3 | CITODIAGNOSTICO DE PUNCION DE GANGLIOS LINFATICOS | 1 |   |
| 4 | BIOPSIA DE MEDULA OSEA Y/O PUNCION CON AGUJA GRUESA | 1 |   |
| 5 | INMUNOHISTOQUIMICA DE TEJIDO LINFOIDE Y OTROS | 1 |   |
| **12 OTROS ESTUDIOS** |   |   |
| 1 | CUERPOS DE BARR BERTRAN (CROMATINA SEXUAL) TINCION ESPECIFICA | 1 |   |
| 2 | ESTUDIO FISICOQUIMICO DE CALCULOS RENALES | 1 |   |
| 3 | CITOLOGIA DE LIQUIDO PERICARDICO | 1 |   |
| 4 | BIOPSIA DE PERICARDIO | 1 |   |
| 5 | BIOPSIA DE VASOS VENOSOS Y ARTERIALES | 1 |   |
| 6 | OTROS TEJIDOS NO CONTEMPLADOS | 1 |   |
| 7 | BIOPSIA POR CONGELACION DE CUELQUIER TEJIDO U ORGANO | 1 |   |
| 8 | INMUNOHISTOQUIMICA  | 1 |   |
| **13 ESTUDIOS DE GLANDULAS SALIVALES EN XEROSTOMIAS** |   |   |
| 1 | CON TINCIONES ESPECIALES | 1 |   |
| 2 | BIOPSIA POR CONGELACION DE TEJIDOS Y ORGANOS | 1 |   |
| 3 | OTROS TEJIDOS NO CONTEMPLADOS | 1 |   |
| 4 | PAP GLANDULAS SALIVALES Y/O QUISTES / UNA PLACA | 1 |   |
| 5 | PAP DE QUISTS DE CUELLO | 1 |   |
| 6 | BIOPSIA DE CUERPO CAROTIDEO Y/O PARAGANGLIOMA | 1 |   |
| 7 | BIOPSIA DE CURDAS BOCALES, UVULA Y AMIGDALAS | 1 |   |
| 8 | BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL Y/O PUNCION CON AGUJA GRUESA (TRUUCUT/CORE) | 1 |   |
| 9 | BIOPSIA DE DIENTE Y/HUESO DE CAVIDAD BUCAL | 1 |   |
| 10 | BIOPSIA DE PARTES BLANDAS DE ARA Y CUELLO Y CAVIDAD BUCAL | 1 |   |
| 11 | INMUNOHISTOQUIMICA DE CARA Y CUELO, CAVIDAD BUCAL Y OTROS | 1 |   |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***