

### PLIEGO DE CONDICIONES

**INVITACION PUBLICA**

**SR-IP-02-2023**

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACION DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO FRECUENTES A MONTO FIJO Y ESPECIALES POR EVENTO (2 AÑOS)”** |

 **Sucre, septiembre de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****INVITACIÓN PÚBLICA SR-IP-02-2023-****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Regional Sucre invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO FRECUENTES A MONTO FIJO Y ESPECIALES POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Invitación Publica |
| Forma de adjudicación: Por Item |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO  |
| 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 |

**INVITACION PUBLICA**

**CONTRATACION DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO FRECUENTES A MONTO FIJO Y ESPECIALES POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 14/09/2023 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Inspección Previa | 19/09/2023 | A:A coordinar | Comisión de Calificación del proceso:Dra. Inga Lía Rojas (Cel. 70331445)Lic. Francisco Guzmán (Cel. 72884840)Dra. Sheyla CornejoDr. Jaime Orozo |
| 3 | Consultas Escritas | 21/09/2023 | Hasta Hrs. 15:00 | Dirigido a:francisco.guzman@csbp.com.bo |
| 3 | Reunión de Aclaración | 22/09/023 | Hrs. 15:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección: Código de aceso: ***893 9973 4850*** Reunión de Aclaración |
| 4 | Presentación de Ofertas. | 27/09/2023 | 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) |
| 5 | Apertura de Ofertas. | 27/09/2023 | Hasta:Hrs. 15:15 | **Apertura Física:**  Calle Azurduy N° 89 Esq. Bolívar. |
| 6 | Resultado Del Proceso | \*12/10/2023 | 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 Nº 051/2023 del 14 de agosto de 2023, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES**
 | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia.
2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia.
 |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION**
 | Está prohibida la contratación de bienes, obras y/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:

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

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

|  |
| --- |
| **PARTE II****PREPARACIÓN DE LA OFERTA** |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA**
 | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:**DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS*** Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N° 1, en **original**.
* Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N° 2, en **original.**
* **GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento o Póliza de Garantía a Primer Requerimiento ,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el monto equivalente al uno por ciento (1.0%) por un importe de Bs 3.809,20 (Trescientos ochenta y nueve 20/100 Bolivianos), con validez de **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.

Ejecución: esta garantía será ejecutada:* Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas.
* Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta.
* Cuando el proponente adjudicado no presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato
* Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.

Devolución: esta garantía será devuelta:* Al proponente adjudicado, cuando entregue la garantía de cumplimiento de contrato
* A los otros proponentes, una vez suscrito el contrato
* Después de la declaratoria desierta de la convocatoria
* Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.

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

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN** * La propuesta económica debe ser presentada en el **Formulario N° 4.1 o Formulario N° 4.2** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
 |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA**
 | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente: 1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado.
2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta.
 |
| 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 FÍSICA:** 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-IP-02-2023*****PRIMERA* CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 15:15 del día 28 de septiembre de 2023**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 continuar participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución en el Libro de Actas o Registro Electrónico.La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita.**OFERTA ELECTRÓNICA:**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-IP-02-2023 – CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO FRECUENTES A MONTO FIJO Y ESPECIALES 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 por zoom.Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación. Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES**
 | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades: 1. Propuesta Técnica.
2. Propuesta Económica.
3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote.
4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.
 |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES**
 | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC;
2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.

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

|  |
| --- |
| **PARTE III****EVALUACIÓN DE OFERTAS** |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **MENOR PRECIO.**Inicialmente se evaluarán los documentos administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.Si el proponente hubiese omitido la presentación de algún documento administrativo que sea considerado error subsanable, solicitará al proponente el mencionado documento para que presente en el plazo de tres (3) días hábiles. Recibido el documento en el plazo establecido, la Comisión de Calificación continuará con la evaluación correspondiente.Si transcurridos el tercer día hábil el proponente no envía la documentación solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta.Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación administrativa serán sometidas a:1. Evaluación de las Especificaciones Técnicas
2. Evaluación de la propuesta económica

Para la evaluación de la propuesta técnica, se verificarán las propuestas mediante el método cumple/no cumple, al ser requisitos indispensables para el proceso de selección para pasar a la siguiente etapa los proponentes deberán cumplir con todos los puntos de este requerimiento. Si en algún caso no existiera ninguna oferta que cumpla con todos los puntos de la propuesta técnica, la comisión de calificación podrá flexibilizar y/o tomar en cuenta todas las propuestas entregadas y/o otorgar un plazo a los proponentes para subsanar los errores de las propuestas.Una vez, con todas las propuestas técnicas seleccionadas se procederá a la evaluación de la propuesta económica; siendo que la propuesta menor, ósea la más adecuada para la CSBP será adjudicada con este proceso. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACIÓN**
 | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a **siete (7) 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 CALIFICACIÓN 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. **GARANTÍA O PÓLIZA A PRIMER REQUERIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**
 | Tiene por objeto garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato. Su monto debe ser equivalente al 7% (siete por ciento) del valor total del contrato y vigente desde la fecha fijada para la firma del contrato hasta 30 días calendario posteriores al mismo **(la garantía es aplicable solo al monto fijo)**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.Esta garantía será devuelta, cumplido el plazo de validez de la misma (30 días calendario), existiendo conformidad de la Unidad Solicitante.La CSBP ejecutará esta garantía por incumplimiento de las cláusulas específicamente pactadas en el contrato o cuando el proveedor no cumpla con la renovación en el plazo señalado por la CSBP. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS**
 | El proponente adjudicado en un plazo máximo de tres (3) 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 dos (2) 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 adjudicará 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****CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO FRECUENTE A MONTO FIJO Y ESPECIALES POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA**  |
| 1. **ESPECIFICACIONES TÈCNICAS - SERVICIO DE LABORATORIO**

La Caja de Salud de la Banca Privada requiere contratar un centro que brinde Servicios de Laboratorio Clínico para la atención de sus asegurados, según los siguientes requerimientos:1. **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**

**La Modalidad de Contratación deberá ser MENOR PRECIO**, con el proponente elegido se firmará contrato de servicios por dos años, **de acuerdo al siguiente detalle**:* 1. **TIPO DE EXÁMENES:**
* **Estudios Frecuentes**: Los estudios de laboratorio clasificados como frecuentes (ANEXO 1), serán contratados por paquete, bajo un Costo Fijo Mensual. Lo que significa que el proponente deberá ofertar por ellos un Monto Fijo Mensual para atender todos los requerimientos de la CSBP durante el tiempo de vigencia del contrato, (bajo un tope máximo de 2.000 estudios).

Con la finalidad de que el proponente efectúe un apropiado cálculo del **Costo Fijo Mensual** que ofertara por los estudios detallados en la **Propuesta Económica Estudios Frecuentes (Servicios Continuos-Monto Fijo)**, anexamos la **Estadística** de estudios requeridos por la CSBP (2022) y laboratorios especiales (2023)El Monto Fijo Mensual debe contemplar todos los costos, como ser: costos de personal de servicio y de apoyo, reactivos y otros materiales e insumos que el centro requiera utilizar para procesar las pruebas.* **Estudios Excedentes:** Inicialmente se establece como margen mensual de estudios frecuentes como máximo de 2000 determinaciones como límite por mes, para que sean cobrados dentro del monto fijo mensual. En caso de que en un mes la cantidad de exámenes sea por encima de este límite, la CSBP pagará costos por evento a partir de la fecha en que se supere el límite. Estableciéndose un margen de seguridad para el laboratorio y un margen de calidad para la CSBP. Por tanto, el proponente debe hacer llegar la oferta de los costos unitarios por los estudios frecuentes, que consideren un descuento preferencial, para que sean pagados por evento como *estudios excedentes*.

**Este margen mensual podrá modificarse o ajustarse periódicamente, respetando el promedio del proponente y de mutuo acuerdo a fin de mantener los márgenes de seguridad.** * **Estudios No Frecuentes o Especiales**: los estudios de laboratorio clasificados como NO FRECUENTES O ESPECIALES, (ANEXO 2), serán contratados por evento, vale decir que el proponente deberá ofertar el costo unitario de cada examen. La CSBP realizará la cancelación mensual de acuerdo a la cantidad de estudios realizados en base a los costos unitarios ofertados. Se debe especificar un descuento preferencial a los estudios no frecuentes por evento. Sobre la base del listado adjunto referencial con estadística (2022) los cuales no son disgregados, los cuales están dentro de la lista emitida por área estadística si no de manera general en el listado general de estudios de laboratorio (2022) y primer semestre 2023.

En caso de recibir una prueba de laboratorio que no realice el centro contratado, éste deberá comprar el servicio de otro centro que ofrezca garantía del servicio y procesar el pago junto a su factura.**En caso de ser una prueba especial y que no se encuentre en el listado, la prueba correrá por parte del asegurado*** 1. **ADJUDICACIÓN:**

La adjudicación se realizará por el total de los ítems.* 1. **BIOSEGURIDAD:**

El Centro contratado deberá seguir las normas internacionales de seguridad y bioseguridad, así como de prevención y control de factores de riesgo biológico; para lo cual deberá observar el cuidado en el manejo de reactivos y soluciones, así como de las muestras, considerando que todas ellas pueden ser contaminantes.Así mismo deberá trabajar bajo las normas establecidas para el desecho de las mismas.El Centro deberá presentar cada gestión certificados de evaluación externa de calidad en las diferentes áreas de laboratorio como Parasitología, Microbiología, Inmunología, Uroanálisis, Química Clínica y Hematología; evaluaciones realizadas por instancias nacionales y/o locales avaladas por el Ministerio de Salud, INLASA y otros, de acuerdo a regulación nacional vigente.* 1. **CAPACITACIÓN Y COORDINACIÓN**

**El Centro deberá realizar el manejo del Software Administrativo Médico Integrado de propiedad de la CSBP**  La CSBP brindará capacitación y asesoramiento permanente al personal del Centro contratado en el manejo del Software Médico de propiedad de la CSBP.El Centro contratado, brindará capacitación y actualización al personal de la CSBP en temas de interés común para la prestación de un mejor servicio al asegurado.Para tratar temas concernientes al trabajo, reclamos, sobre demanda de servicios y otros o realizar solicitudes o sugerencias para mejorar el trabajo, ambas instituciones se reunirán a sola petición verbal de una de las partes, las veces que se requiera.* 1. **SOLICITUD DE ATENCIÓN**

Los estudios de Laboratorio serán solicitados por personal médico de la CSBP o médicos especialistas en boletas impresas institucionales y contarán con la autorización respectiva de Jefatura Médica Regional **y tendrán una vigencia máxima de 24 horas**, **en caso de no contar con la Autorización o se haya vencido el plazo no se realizarán los mismos.** El Centro deberá atender las solicitudes de atención en cuanto el paciente se presente en sus instalaciones, no pudiendo programar las atenciones para fechas posteriores, salvo que el paciente no se encuentre en las condiciones de toma de muestra.* 1. **DURACION DEL CONTRATO**

El contrato de servicio tendrá una duración de 2 años calendario a partir de la firma del contrato. No existiendo posibilidad de incrementar el “**monto fijo mensual**” establecido al inicio del contrato, ni el costo “**por evento**” ofertado para los estudios no frecuentes.A la finalización del contrato de los dos años de servicio, el contrato podrá ser renovado por un periodo similar, de mutuo acuerdo de las partes y bajo las mismas condiciones del contrato inicial. * 1. **TOMA DE MUESTRAS**

La CSBP con el objetivo de facilitar la atención a sus asegurados, establece que la Toma de Muestras deberá efectuarse tanto en el Centro del proponente como en el Policonsultorio de la CSBP, pudiendo los asegurados acudir a cualquiera de ellos. Para tal efecto la CSBP dispondrá de un ambiente en el Policonsultorio que estará **habilitado de 07:00 a 09:00 para horario de verano y de 7:30 a 9:30 para horario de invierno**, debiendo el proponente disponer de un profesional calificado para la toma de muestras, asegurando además la disponibilidad de insumos necesarios para este paso y asegurando el traslado de las muestras al Laboratorio para su procesamiento.1. **REQUISITOS INDISPENSABLES**

Los siguientes requisitos se constituyen en **INDISPENSABLES** y deben ser cumplidos en su totalidad por los proponentes. **La falta de uno de ellos INHABILITARÁ la propuesta**.**REQUISITOS INDISPENSABLES**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Legalidad de funcionamiento**Autorización de funcionamiento otorgado por SEDES.**Adjuntar fotocopia simple** |
| 2. | **Suspensión Temporal del Servicio** En caso de que el Centro requiera suspender en forma temporal el servicio por causas justificadas (mantenimiento de equipos u otros similares), deberá comunicar esta situación a la CSBP con una antelación mínima de 7 días hábiles e indicar el nombre del Centro/ profesional donde se realizarán los estudios que sean requeridos sin que esto genere costo adicional, propuesta que será analizada por la CSBP para su aprobación, pudiendo solicitar el cambio  por referencia o antecedentes que la CSBP cuente. **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento**. |
| 3. | **Atención continua**El Centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados, paros y otros, **sin costo adicional**, lo que permitirá atención de emergencias. **El proponente debe manifestar su compromiso cobre este requerimiento**. |
| 4. | **Tipos de exámenes****ESTUDIOS BAJO COSTO FIJO MENSUAL (Exámenes frecuentes)**El centro debe tener la capacidad para realizar **TODOS los estudios** detallados en el ANEXO 1. Si existen algunos estudios que no pueden ser realizados, debe especificar cuáles y comprometerse a la derivación de estos estudios a otro centro, por cuenta propia y bajo su responsabilidad, garantizando calidad.**ESTUDIOS BAJO COSTO INDIVIDUAL (Exámenes no frecuentes)**El centro debe tener la capacidad para realizar **TODOS los estudios** detallados en el ANEXO 2. Si existen algunos estudios que no pueden ser realizados, debe especificar cuáles y comprometerse a la derivación de estos estudios a otro centro, por cuenta propia y bajo su responsabilidad, garantizando calidad.Estos exámenes tienen costo individual y el proponente debe detallar el costo de cada uno en su propuesta económica.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |
| 5. | **Cumplimiento de horarios**Atención en casos de emergencia y hospitalización:1. Los requerimientos de emergencias (ambulatorias o de hospitalización) deben ser atendidos en un periodo no mayor a 30 minutos para la toma de muestra.
2. En caso de atenciones de emergencia, los resultados deberán ser comunicados al médico tratante en un lapso no mayor a 4 horas, con excepción de los estudios que requieran mayor tiempo de procesamiento.
3. La toma de muestras de rutina a pacientes hospitalizados, se efectuará a requerimiento. El traslado del personal va por cuenta del laboratorio.

Atención ambulatoria de rutina:1. Las muestras de rutina a pacientes ambulatorios en el laboratorio del proponente y en el Policonsultorio de la CSBP deberán ser tomadas y/o recibidas **de 07:00 a 09:00** o 7:30 a 9:30 a.m. La CSBP se responsabiliza por la comunicación a sus asegurados.

**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |
| 6. | **Dotación de insumos**El Centro deberá proveer a la CSBP envases de buena calidad para la recolección de las diferentes muestras, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalizados y/o quirúrgicos.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |
| 7. | **Equipo de computación**El Centro contratado deberá contar con un equipo de computación, con procesador CORE I5 o superior, disco duro de 1 TB mínimo, memoria RAM de 2 GB mínimo, con puerto de red.Con acceso a Internet ADSL mínimo de 256 MBPS para uso del Sistema Administrativo Médico Integrado (SAMI CSBP) en su módulo laboratorio. **(SAMIOFFLINE)****El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |
| 8. | **Presentación de la información y facturación**Cada primer día hábil de cada mes, de acuerdo a un cronograma elaborado por la CSBP, el Centro contratado presentará un reporte estadístico y detalle de los estudios realizados en el mes, tanto en la modalidad de estudios frecuentes como no frecuentes (estos últimos con costo unitario), para la verificación y validación de servicios por la CSBP y posterior emisión de las facturas respectivas. **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |
| 9. | **Entrega de resultados**El Centro se compromete a la entrega de resultados en el día en instalaciones de la CSBP. Salvo en estudios que requieren más tiempo de procesamiento, aspecto que será comunicado a la CSBP.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |
| 10. | **Coordinación interinstitucional**El Centro se compromete a participar de reuniones de coordinación convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común, como el funcionamiento de los Comités de Vigilancia de Infecciones Intra Hospitalarias y otros.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |
| 11. | **Certificados de Calidad**El centro debe contar con los siguientes certificados de calidad:1. Certificado de Control de Calidad emitido por instancia legalmente establecida por el Ministerio de Salud. (Adjuntar fotocopia simple)
2. Control de calidad interno (Adjuntar fotocopia simple)
3. Certificación de Calidad de los Reactivos que utiliza (Adjuntar fotocopia simple)
 |

1. **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**

**PROPUESTA TÉCNICA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Infraestructura:** 1. Sala de espera y recepción de muestras
2. Baño para pacientes
3. Baño para empleados
4. Oficina del director, jefe o regente del laboratorio
5. Área de química sanguínea
6. Área de hematología
7. Área de separación de muestras
8. Área de inmunología
9. Área de microbiología
10. Área de informática y/o administrativa
11. Casilleros individuales para los trabajadores
12. Área de almacenamiento de reactivos
13. Área de reposo para pacientes
14. Área de almacenamiento o archivo de documentación
 |
| 2 | **Mobiliario:** 1. Sillas o sillones
2. Mesa central y otros que el proponente considere para el área de recepción
3. Mesones de trabajo
4. Estantería necesaria
5. Otros que el ambiente de trabajo requiera
 |
| 3 | **Equipamiento:** El proponente debe contar con equipamiento moderno para el procesamiento de los estudios. En este requerimiento**, es indispensable que el proponente especifique en su propuesta el año de fabricación, marca e industria de todo el equipamiento que posee (si fuera posible, adjuntar documentación de respaldo).** La CSBP requiere que el proponente adjudicado cuente con equipamiento, instrumental y reactivos necesarios para la realización de todos los exámenes clínicos detallados en la sección "Especificaciones Técnicas". Los miembros de la Comisión de Calificación efectuaran una visita a los ambientes del proponente.El proponente debe contar con los siguientes equipos: **QUIMICA CLINICA:** * Analizadores Químicos
* Analizadores de Electrolitos (Ionometro)
* Baños térmicos
* Vortex
* Micropipetas propias del área
* Cronómetros
* Refrigerador con control y registro de temperatura

**HEMATOLOGÍA:** * Contador (es) Hematológico (s)
* Microscopio
* Coagulómetro
* Contador para formula diferencial
* Refrigerador con control y registro de temperatura
* Rotador hematológico
* Soportes de VSG
* Pro-pipeta
* Baño térmico
* Aglutinoscopio
* Rotador de Placa

**MICROBIOLOGIA:** * Microscopios
* Estufa de cultivo para bacterias
* Estufa de cultivos para hongos
* Estufa de esterilización
* Campana de flujo laminar
* Espectrofotómetro a fotocolorímetro
* Ignitor eléctrico para ansas
* Mechero bunses
* Material de vidrio
* Autoclave
* Proveedor de sangre de cordero para preparación de medios de cultivos
* Refrigerador con control y registro de temperatura

**INMUNOLOGIA:** * Lector de Elisa
* Lector de quimioluminiscencia (CLIA)
* Nefelómetro
* Rotador de Placa
* Baño térmico
* Incubador de Placas
* Micropipetas propias del área
* Cronómetros
* Aglutinoscopio

**UROANÁLISIS** * Microscopio
* Lector de tiras

**PARASITOLOGÍA** Microscopio* Material para técnicas de concentración
* Pool de muestras positivas para control y capacitación

**OTROS, DESCRIBIR SI CUENTA CON MAYOR EQUIPAMIENTO.**  |
| 4 | **Bioseguridad:** La CSBP valorará el Sistema de Eliminación y Manejo de desechos y residuos del centro adjudicado, de acuerdo a normas vigentes. **El proponente deberá explicar todo el funcionamiento de su sistema de bioseguridad**, mismo que será además evaluado en visita de la Comisión Calificadora.Imprescindible el uso de material descartable para la toma de muestras.**DEBE CONTAR CON UN MANUAL DE BIOSEGURIDAD PROPIO DEL LABORATORIO APROBADO POR SEDES.**  |
| 5 | **Horario de trabajo rutinario:** La CSBP valorará las ofertas de los centros que tengan horarios de trabajo más extensos, de lunes a viernes y fines de semana.El proponente debe especificar los horarios de atención de su centro. |
| 6 | **Experiencia certificada:** El proponente necesariamente debe presentar documentos que avalen la experiencia de los servicios prestados, adjuntando las certificaciones correspondientes de instituciones de Salud Públicos, Privados y de la Seguridad Social de los últimos 5 años. Todo acorde a lo establecido en el Formulario N° C-2 |
| 7 | **Personal asignado para prestar el servicio:** El proponente debe contar con profesionales con formación y experiencia avalada en la especialidad, se analizará los Currículos Vitae. Necesariamente se debe adjuntar “Hoja de vida” actualizada de los/las profesionales que brindarán el servicio.**Certificación y calificación*** Director, jefe o Regente de Laboratorio

Especialidad o posgrado Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)*** Jefe o Responsable de Área de Química Clínica

Especialidad o posgrado Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)*** Jefe o Responsable de Área de Hematología

Especialidad o posgrado Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)*** Jefe o Responsable de Área de Microbiología

Especialidad o posgrado Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)*** Jefe o Responsable de Área de Inmunología

Especialidad o posgrado Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)*** Responsable del sistema de gestión de calidad

Especialidad o posgrado Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)** |
| 8 | **Ubicación:** Es recomendable que el Centro del proponente se encuentre ubicado en la dirección más próxima al Policonsultorio de la CSBP y que cuente con mayor facilidad de acceso peatonal y vehicular.1.- Calle, Avenida u otro (5 cuadras de la CSBP) 2.- Teléfono 3.- Fax 4.- Sucursales (más de una sucursal)  |

1. **ESTUDIOS O DETERMINACIONES A CONSIDERAR EN EL PROCESO**

Como se mencionó en el Punto 1, los estudios a considerar en el proceso han sido clasificados en los siguientes dos grupos:**ESTUDIOS FRECUENTES:**Por ellos la CSBP pagará un costo fijo mensual hasta un máximo de 2000 de examenes.SE ADJUNTA LISTA DE ESTUDIOS FRECUENTES (ANEXO 1)**ESTUDIOS NO FRECUENTES (ESPECIALES):**Por ellos la CSBP pagará un costo por evento, exámenes realizados de acuerdo a los requerimientos del personal médico.SE ADJUNTA LISTA DE ESTUDIOS NO FRECUENTES (ANEXO 2)**FORMA DE PAGO.**Para el pago de los servicios efectuados se deberá presentar a Plataforma de atención al cliente en Policonsultorio de la C.S.B.P el “Informe Técnico de Venta de Servicios”, acompañado planilla que contenga la siguiente información: número de consulta, nombre del paciente, detalle de pruebas, costo unitario y costo total, además de las órdenes de laboratorio, debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes.Una vez que esta instancia proceda a la revisión y validación de la información, solicitará al proveedor la presentación de la factura de ley, para proseguir con el proceso correspondiente de cancelación.La compra de servicios será por monto fijo en el caso de los Servicios continuos y por evento en el caso de los servicios discontinuos, por lo que la propuesta económica debe especificar el costo total por mes en el caso del primer servicio (2.000 estudios mensual) y el costo individual de cada estudio contemplado en el ANEXOS 2.El costo incluirá la toma de muestras, el procesamiento, la entrega de los resultados y la toma de muestras en los casos señalados como emergencias.**Aclarar que el laboratorio adjudicado, proporcionara los insumos para la toma de muestra (Ejm.: medios de transportes necesarios, hemocultivos, medios de transporte para Inmuno-fluorecencia Indirecta (IFI) (virus), envases en caso de estudios que así lo requieran y otros en caso de necesidad de la CSBP, según las condiciones señaladas en el “Objeto” de la presente contratación), para pacientes ambulatorios, pacientes hospitalizados y de emergencia.****QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS**En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados relacionados con la actitud y/o atención del profesional, la CSBP por medio de su COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO evaluará la queja o reclamo presentada por el Asegurado, de ser procedente se hará seguimiento al reclamo el cual deberá ser justificado con informe. **MULTAS.**LA CSBP podrá aplicar multas por las siguientes causales: * **EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL**

En caso de incumplimiento por parte del profesional en la prestación de algún servicio ofertado y adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro profesional y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado* **EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**

Las multas no proceden por quejas y reclamos, ya que habría susceptibilidad de que muchos reclamos no sean bien justificados, en coordinación con jefatura medica se realizara la llamada de atención de forma escrita.**RETRASO EN LA ENTREGA DE INFORMES O RESULTADO DE ESTUDIOS**No corresponde ya que a veces los proveedores presentan sus informes fuera de horario de plataforma para recepción correspondiente.  **ESTADÍSTICAS:**Con la finalidad de que el proponente efectúe un apropiado cálculo del **Costo Fijo Mensual** que ofertara por los estudios detallados, **Propuesta Económica Estudios Frecuentes (Servicios Continuos-Monto Fijo)**, anexamos las **Estadísticas** de estudios requeridos por la CSBP 2022 y 2023.De igual forma la **Propuesta Económica para Estudios no Frecuentes o Especiales** está basada en Estadísticas 2022 y 2023.**ANEXO I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **PRUEBA**  | **2022** | **2023** |
| **Ene** | **Febr** | **Mar** | **Abr** | **May** | **Jun** | **Total** |
| 1 | 17 HIDROXIPROGESTERONA | 11 |   |   |   | 2 | 1 |   | 3 |
| 2 | ACIDO URICO | 263 | 15 | 21 | 27 | 12 | 18 | 9 | 102 |
| 3 | ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS |   |   |   | 1 | 2 |   | 1 | 4 |
| 4 | ACTH |   |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 5 | ALBUMINA | 80 | 8 | 5 | 8 | 2 | 5 | 1 | 29 |
| 6 | ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS- |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 |
| 7 | ALFA FETOPROTEINA | 2 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 8 | AMILASA PANCREATICA | 42 | 7 | 4 |   | 5 | 4 |   | 20 |
| 9 | ANDROSTENEDIONA | 2 |   |   |   |   | 1 |   | 1 |
| 10 | ANTI CC P | 12 | 1 | 2 |   |   | 1 |   | 4 |
| 11 | ANTI DNA DS | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 12 | ANTICUERPOS ANTI DNA | 1 |   | 2 |   |   |   |   | 2 |
| 13 | ANTICUERPOS ANTI RNP | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 14 | ANTICUERPOS ANTI RO | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 15 | ANTICUERPOS ANTI SM | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 16 | ANTICUERPOS ANTI TPO | 8 |   | 1 | 1 | 1 |   |   | 3 |
| 17 | ANTICUERPOS ANTICITOPLASMATICOS |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 18 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES | 6 | 2 | 5 |   | 1 |   |   | 8 |
| 19 | ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 20 | ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS | 11 |   | 2 | 1 | 1 |   |   | 4 |
| 21 | ANTICUERPOS IG E CONTRA ALERGENOS PEDIATRICOS | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 22 | ANTIENDOMISIO IG A | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 23 | ANTIESTREPTOLISINAS | 9 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |   | 9 |
| 24 | ANTIGENO PROSTATA ESPECIFICO LIBRE | 33 | 5 | 8 | 2 | 1 | 6 | 7 | 29 |
| 25 | ANTIGENOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 26 | ANTIGLIADINA IG A | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 27 | ANTITRANSGLUTAMINASA IG A | 2 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 28 | APOLIPOPROTEINA A | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 29 | AZUCARES REDUCTORES | 3 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 30 | B12 VITAMINA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 31 | BETA - HCG LIBRE | 4 |   |   |   |   | 1 | 1 | 2 |
| 32 | BILIRRUBINA EN ORINA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 33 | BILIRRUBINAS SERICAS | 231 | 22 | 16 | 16 | 14 | 27 | 19 | 114 |
| 34 | BK1 | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 35 | BK1, BK2, BK3 | 2 |   |   | 1 |   |   | 2 | 3 |
| 36 | CA-125 | 2 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 37 | CA-15-3 | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 38 | CA19-9 | 1 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 39 | CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 40 | CALCIO IONIZADO | 13 |   |   | 2 |   | 1 |   | 3 |
| 41 | CALCIO SERICO | 184 | 11 | 12 | 15 | 7 | 8 | 3 | 56 |
| 42 | CARGA VIRAL PARA HEPATITIS B | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 43 | CARGA VIRAL PARA HEPATITIS C |   |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 44 | CARGA VIRAL VIH | 1 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 45 | CATECOLAMINAS URINARIAS | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 46 | CEA (ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO) | 4 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 47 | CERULOPLASMINA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 48 | CHLAMYDIA Ig G | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 49 | CHLAMYDIA Ig M | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 50 | CICLOSPORINA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 51 | CISTINURIA |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 52 | CITOMEGALOVIRUS IG G |   |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 53 | CITOMEGALOVIRUS IG M |   |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 54 | CITOQUIMICO DE LIQUIDOS SINOVIAL | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 55 | CITRATOS EN ORINA |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 56 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE (TOXINAS "A" Y "B"EN HECES) | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 57 | COLESTEROL | 548 | 50 | 39 | 59 | 38 | 61 | 45 | 292 |
| 58 | COMPLEMENTO C4 |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 59 | COMPLEMENTO C3 |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 60 | COPROCULTIVOY ANTIBIOGRAMA | 13 |   | 2 |   |   |   |   | 2 |
| 61 | COPROPARASITOLOGICO SERIADO | 34 | 4 | 7 | 3 | 2 | 3 | 5 | 24 |
| 62 | COPROPARASITOLOGICO SIMPLE | 32 | 7 |   | 3 |   | 3 | 1 | 14 |
| 63 | CORONAVIRUS PCR | 7 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 64 | CORONAVIRUS PRUEBA RAPIDA | 135 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 65 | CORONAVIRUS PRUEBA RAPIDA ANTIGENO NASAL | 2275 | 124 | 52 | 63 | 43 | 66 | 63 | 411 |
| 66 | CORTISOL AM | 3 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 67 | CORTISOL SERICO | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 68 | CPK NAC | 1 | 1 | 2 |   |   | 1 |   | 4 |
| 69 | CPK-MB | 32 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 1 | 17 |
| 70 | CPK-T | 27 |   | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 10 |
| 71 | CREATININA | 1265 | 113 | 92 | 120 | 93 | 107 | 83 | 608 |
| 72 | CREATININA EN ORINA | 1 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 73 | CREATININFOSFOQUINASA | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 74 | CULTI. P/BK Y ANTIBIOGRAMA | 1 |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 75 | CULTIVO DE HONGOS Y ANTIBIOGRAMA  | 3 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 76 | CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL | 7 |   |   |   |   | 1 | 1 | 2 |
| 77 | CULTIVO ESPERMA Y ANTIBIOGRAMA | 3 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 78 | CULTIVO SEC. FARINGEA Y ANTIB. | 19 | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 13 |
| 79 | CULTIVO SEC. URETRALY ANTIBIOGRAMA | 2 | 3 | 1 |   |   | 2 |   | 6 |
| 80 | CULTIVO SEC. VAGINAL Y ANTIBIOGRAMA | 5 |   |   | 1 |   |   |   | 1 |
| 81 | CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SECRECION NO ESPECIFICA | 8 |   |   |   |   | 1 | 1 | 2 |
| 82 | CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 83 | DEHIDROXIVITAMINA (D3) | 12 |   | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 4 |
| 84 | DEPURACION DE CREATININA DE 24 HORAS EN ORINA | 35 | 4 | 4 | 2 |   | 2 |   | 12 |
| 85 | DESHIDROGENASA LACTICA | 27 | 3 | 6 | 4 | 8 | 8 | 7 | 36 |
| 86 | DETERMINACION DE BILIRRUBINAS | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 87 | DHEA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 88 | DIMERO D | 32 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 89 | ELECTROFORESIS HB |   |   | 2 |   |   |   |   | 2 |
| 90 | ELECTROLITOS EN HECES CL | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 91 | ELECTROLITOS EN HECES K | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 92 | ELECTROLITOS EN HECES NA | 4 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 93 | ELECTROLITOS EN ORINA CL |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 94 | ELECTROLITOS EN ORINA K |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 95 | ELECTROLITOS EN ORINA NA | 1 |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 96 | ELECTROLITOS SERICOS NA-K-CL | 285 | 21 | 13 | 21 | 20 | 23 | 14 | 112 |
| 97 | ELISA IG G DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMA |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 |
| 98 | ELISA PARA CHAGAS  | 35 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 12 |
| 99 | ELISA PARA COVID - 19 | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 100 | ELISA PARA SIFILIS | 5 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 101 | ESPERMATOGRAMA | 1 |   |   |   | 1 |   |   | 1 |
| 102 | ESTRADIOL | 57 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 3 | 16 |
| 103 | EXAMEN EN FRESCO DE SECRECION VAGINAL | 72 |   | 2 |   |   |   |   | 2 |
| 104 | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 967 | 68 | 58 | 98 | 70 | 74 | 55 | 423 |
| 105 | EXAMEN MICOLOGICO DIRECTO | 3 |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 106 | F.S.H. | 58 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 18 |
| 107 | FACTOR REUMATOIDEO | 95 | 11 | 14 | 11 | 5 | 8 | 2 | 51 |
| 108 | FE SERICO- TRANSFERRINA | 5 |   | 1 |   |   | 1 |   | 2 |
| 109 | FERRITINA | 39 |   | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 4 |
| 110 | FIBRINOGENO |   |   | 1 |   | 2 | 1 | 1 | 5 |
| 111 | FIEBRE AMARILLA | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 112 | FOSFATASA ACIDA TOTAL | 3 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 113 | FOSFATASA ALCALINA | 225 | 16 | 14 | 12 | 11 | 19 | 14 | 86 |
| 114 | FOSFORO | 12 |   |   |   |   | 1 | 1 | 2 |
| 115 | FOSFORO EN ORINA | 1 |   | 1 | 1 |   |   | 1 | 3 |
| 116 | FROTIS EXAMEN DIRECTO | 1 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 117 | FROTIS SANGRE PERIFÉRICA (LEUCOGRAMA) | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 118 | GAMMA-GLUTAMIL TRANSPEPTIDAS | 36 | 5 | 2 | 3 | 3 | 7 | 5 | 25 |
| 119 | GASES ARTERIALES | 9 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 120 | GIARDIA LAMBLIA (EIA) | 4 |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 121 | GLOBULINAS | 7 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 122 | GLUCOSA | 1151 | 92 | 86 | 107 | 86 | 108 | 84 | 563 |
| 123 | GLUCOSA 120 POSTPRANDIAL | 87 | 8 | 5 | 10 | 1 | 8 | 8 | 40 |
| 124 | GLUCOSA POST CARGA 2 HORA | 24 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 125 | GLUCOSURIA |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 |
| 126 | GOTA GRUESA PARA PALUDISMO | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 127 | GRUPO SANGUINEO Y RH | 118 | 5 | 5 | 7 | 7 | 9 | 3 | 36 |
| 128 | HCG CUANTITATIVO  | 80 |   | 2 | 2 |   |   |   | 4 |
| 129 | HDL COLESTEROL | 300 | 21 | 22 | 41 | 28 | 36 | 23 | 171 |
| 130 | HELICOBACTER PYLORI | 32 | 2 | 2 |   | 1 | 3 | 4 | 12 |
| 131 | HELICOBACTER PYLORI IGM | 13 |   | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 10 |
| 132 | HELICOBACTER PYLORI IGG | 10 |   | 2 |   |   | 1 | 3 | 6 |
| 133 | HEMATOCRITO | 6 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 134 | HEMOAGLUTINACION INDIRECTA PARA CHAGAS (HAI-CHAGAS) | 5 |   | 1 | 2 | 2 | 2 |   | 7 |
| 135 | HEMOCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | 6 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 136 | HEMOGLOBINA GLUCOSILADA | 100 | 6 | 7 | 9 | 9 | 6 | 10 | 47 |
| 137 | HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 21 | 1 |   | 3 | 1 | 3 | 1 | 9 |
| 138 | HEMOGRAMA | 1343 | 112 | 93 | 122 | 96 | 106 | 85 | 614 |
| 139 | HEPATITIS "B" ANTI - ANTIGENO E | 1 |   |   |   |   |   | 2 | 2 |
| 140 | HEPATITIS "B" ANTIGENO DE SUPERFICIE | 79 |   |   |   | 1 |   | 1 | 2 |
| 141 | HEPATITIS "B" ANTIGENO E | 2 |   |   | 1 |   | 1 |   | 2 |
| 142 | HEPATITIS "C" CARGA VIRAL (PCR) | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 143 | HEPATITIS A IG G | 31 | 2 | 1 |   |   | 1 | 1 | 5 |
| 144 | HEPATITIS A IG M | 19 | 3 | 1 |   |   | 1 | 1 | 6 |
| 145 | HEPATITIS B ANTI-ANTIGENO CORE IG"M" (EIA) | 7 | 3 |   |   |   |   |   | 3 |
| 146 | HEPATITIS B ANTI-ANTIGENO CORE TOTAL | 1 |   |   | 1 |   |   | 1 | 2 |
| 147 | HEPATITIS B ANTI-ANTIGENO DE SUPERFICIE (EIA) | 16 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 148 | HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (EIA) | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 149 | HEPATITIS B CORE TOTAL (IG"G"-IG"M") | 4 |   |   | 1 |   |   |   | 1 |
| 150 | HEPATITIS C Ig G | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 151 | HEPATITIS C Ig M | 3 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 152 | HEPATITIS HBDAG -DELTA- |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |
| 153 | HERPES VIRUS TIPO 1Ig G | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 154 | HERPES VIRUS TIPO 1Ig M |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 155 | HERPES VIRUS TIPO 2Ig M |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 156 | HERPES ZOSTER Ig G | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 157 | HERPES ZOSTER Ig M | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 158 | HGC ANTISUBUNIDAD BETA | 4 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 159 | HIDATIDOSIS (ELISA) | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 160 | HIERRO SERICO | 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 5 |
| 161 | HISTOPLASMA ANTICUERPO IGM | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 162 | HIV I - II (ELISA) | 37 | 1 |   |   |   | 2 | 1 | 4 |
| 163 | HORMONA DEL CRECIMIENTO | 3 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 164 | HTLV - I ELISA |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 165 | IFI PARA CHAGAS | 48 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 166 | IGF - 1 |   | 1 |   |   |   | 1 | 1 | 3 |
| 167 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGA | 1 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 168 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGE | 8 | 1 | 1 | 1 |   | 2 | 3 | 8 |
| 169 | INSULINA | 30 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 14 |
| 170 | INSULINA POST CARGA 1 HORA | 7 |   |   |   | 1 |   |   | 1 |
| 171 | INSULINA POST CARGA 2 HORA | 7 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 172 | L.H. | 59 | 3 | 3 | 3 | 5 | 2 | 3 | 19 |
| 173 | LACTATO | 13 |   |   | 1 | 1 |   |   | 2 |
| 174 | LDL | 280 | 25 | 25 | 38 | 28 | 35 | 23 | 174 |
| 175 | LIPASA | 6 | 3 | 1 |   |   | 1 |   | 5 |
| 176 | LIQUIDO PLEURAL BK DIRECTO | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 177 | MAGNESIO | 54 | 1 | 3 | 12 | 4 | 3 | 3 | 26 |
| 178 | MICRO METODO PARA DETERMINAR ENFERMEDAD DE CHAGAS | 1 |   |   |   | 1 |   | 1 | 2 |
| 179 | MICROALBUMINURIA DE 24 HRS |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 |
| 180 | MIELOGRAMA |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 181 | MOCO FECAL | 116 | 8 | 9 | 16 | 8 | 12 | 12 | 65 |
| 182 | MORFOLOGIA DE GLOBULOS ROJOS EN ORINA RECIENTE | 1 |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 183 | NITROGENO UREICO | 29 |   |   | 3 | 5 | 2 |   | 10 |
| 184 | OXALATO EN ORINA DE 24 HORAS |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 185 | PARATOHORMONA | 3 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 186 | PARVOVIRUS - IGM |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 187 | PCR PARA B. KOCH |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 188 | PCR PARA CHAGAS | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 189 | PCR REACCION DE LA POLIMERASA PARA INFLUENZA VIRUS |   |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 190 | PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B (NT PRO BNP) |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 191 | PH | 4 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 192 | PH EN ORINA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 193 | POTASIO | 41 | 1 | 1 | 10 | 5 | 3 | 2 | 22 |
| 194 | PROCALCITONINA | 24 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 195 | PROGESTERONA | 3 |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 196 | PROLACTINA | 29 | 1 | 5 | 2 |   | 4 |   | 12 |
| 197 | PROTEINA C REACTIVA | 208 | 17 | 15 | 33 | 26 | 18 | 8 | 117 |
| 198 | PROTEINAS TOTALES | 70 | 6 | 1 | 6 | 4 | 8 | 5 | 30 |
| 199 | PROTEINOGRAMA | 34 | 3 | 1 | 1 | 1 |   | 2 | 8 |
| 200 | PROTEINURIA 1 TOMA | 6 |   |   |   |   |   | 1 | 1 |
| 201 | PROTEINURIA DE 24 HORAS | 51 | 5 | 4 | 3 | 3 | 1 |   | 16 |
| 202 | PRUEBA RAPIDA DE VIH | 142 | 5 | 4 | 4 | 4 | 6 | 2 | 25 |
| 203 | PRUEBA RAPIDA DENGUE | 1 |   |   | 1 | 1 | 1 |   | 3 |
| 204 | PRUEBA RAPIDA PARA ESTREPTOCOCO GRUPO A | 15 |   | 1 | 5 | 3 | 2 | 7 | 18 |
| 205 | PSA TOTAL | 53 | 6 | 7 | 6 | 7 | 8 | 3 | 37 |
| 206 | REACCION WIDAL-WEIL FELIX | 56 | 8 | 7 | 9 | 6 | 5 |   | 35 |
| 207 | RECUENTO DE PLAQUETAS | 257 | 20 | 14 | 23 | 14 | 24 | 13 | 108 |
| 208 | RECUENTO EOSINOFILOS MOCO NASAL | 3 | 1 | 1 | 1 |   |   |   | 3 |
| 209 | RECUENTO RETICULOCITOS | 27 | 1 | 1 | 4 | 1 |   |   | 7 |
| 210 | RETRACCION DE COAGULO | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 211 | ROTAVIRUS | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 212 | RPR (VDRL) | 87 | 2 | 1 | 1 | 2 |   | 1 | 7 |
| 213 | RT PCR PARA COVID 19 | 2 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 214 | SANGRE OCULTA EN HECES | 48 | 6 | 5 | 8 | 9 | 4 | 2 | 34 |
| 215 | SANGRE OCULTA SERIADO | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 216 | SATURACION DE HIERRO/TRANSFERRINA | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 217 | SEDIMENTO URINARIO | 5 |   |   |   | 1 |   |   | 1 |
| 218 | T.S.H. | 210 | 20 | 14 | 23 | 19 | 17 | 24 | 117 |
| 219 | T3 | 68 | 8 | 2 | 9 | 5 | 3 | 8 | 35 |
| 220 | T4 | 74 | 5 | 3 | 5 | 8 | 4 | 13 | 38 |
| 221 | T4 LIBRE | 162 | 12 | 5 | 16 | 15 | 10 | 17 | 75 |
| 222 | TACROLIMUS | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 223 | TEST DE COOMBS INDIRECTO | 4 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 224 | TEST DE EMBARAZO | 21 |   | 2 | 1 | 1 | 1 |   | 5 |
| 225 | TEST DE GRAHAM | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 226 | TESTOSTERONA | 25 | 3 | 3 |   | 3 | 1 |   | 10 |
| 227 | TGO (ALT) | 610 | 49 | 36 | 39 | 30 | 44 | 26 | 224 |
| 228 | TGP | 607 | 48 | 36 | 39 | 30 | 42 | 25 | 220 |
| 229 | TIEMPO DE COAGULACION | 263 | 15 | 11 | 8 | 12 | 13 | 10 | 69 |
| 230 | TIEMPO DE PROTOMBINA | 385 | 25 | 20 | 19 | 20 | 25 | 14 | 123 |
| 231 | TIEMPO DE SANGRIA | 164 | 9 | 8 | 4 | 10 | 11 | 10 | 52 |
| 232 | TIEMPO DE TROMBINA | 43 | 2 | 4 | 2 |   | 4 | 3 | 15 |
| 233 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL | 156 | 9 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 26 |
| 234 | TINCION GRAM | 75 |   | 1 |   |   |   |   | 1 |
| 235 | TINCION PARA CLAMIDIAS | 3 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 236 | TIROGLOBULINA | 1 |   | 2 |   |   |   |   | 2 |
| 237 | TOXOPLASMA Ig G | 89 |   |   |   | 3 |   | 1 | 4 |
| 238 | TOXOPLASMA Ig M | 81 |   |   |   | 3 |   | 1 | 4 |
| 239 | TOXOPLASMOSIS (HAI) | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 240 | TRANSFERERINA Y SATURACION, FIJACION DE HIERRO | 2 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 241 | TRANSFERRINA | 10 |   | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 4 |
| 242 | TRIGLICERIDOS | 528 | 48 | 39 | 58 | 39 | 58 | 43 | 285 |
| 243 | TRIPONINA T | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 244 | TROPONINA | 36 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 3 | 22 |
| 245 | TSH ULTRASENSIBLE | 3 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 246 | UREA | 855 | 59 | 53 | 67 | 51 | 53 | 32 | 315 |
| 247 | UREA EN ORINA |   | 1 | 1 |   |   |   |   | 2 |
| 248 | UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | 231 | 7 | 7 | 14 | 9 | 7 | 10 | 54 |
| 249 | VELOCIDAD DE SEDIMENTACION | 10 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 5 |
| 250 | VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (PCR) | 1 |   |   |   |   |   |   | 0 |
| 251 | VIRUS EPSTEIN BARR Ig G |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 252 | VIRUS EPSTEIN BARR Ig M |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |
| 253 | VLDL | 165 | 9 | 10 | 23 | 19 | 26 | 16 | 103 |

**ANEXO II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| **SERVICIOS DE LABORATORIO** |  |  |  |  |  |  |
| LABORATORIO ESPECIAL POR EVENTO | 271 | 350 | 299 | 151 | 719 | 151 | 185 |

 |

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **PARTE VI****FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO N°1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES  |
| **FORMULARIO N°2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTEIDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO N°3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  |
| **FORMULARIO N°4.1****FORMULARIO N°4.2** | PROPUESTA ECONÓMICA 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.: Invitación Pública SR-IP-02-23**

 **CONTRTACION DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO FRECUENTE A MONTO FIJO Y ESPECIALES POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA**

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

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

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

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

 \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

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

c) Matrícula de Inscripción en SEPREC, 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 SEPREC, que faculte al representante legal a presentar propuestas y suscribir contratos, cuando el representante legal sea diferente al propietario.

b) Matrícula de Inscripción en SEPREC, 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**

Los siguientes requisitos se constituyen en **INDISPENSABLES** y deben ser cumplidos en su totalidad por los proponentes. **La falta de uno de ellos INHABILITARÁ la propuesta**.

Los **requerimientos Indispensables** son los siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. **Nro.**
 | **REQUISITOS INDISPENSABLES** | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su “PROPUESTA” -****CARACTERISTICA OFERTADA** |
| 1. | **Legalidad de funcionamiento**Autorización de funcionamiento otorgado por SEDES.**Adjuntar fotocopia simple** |  |
| **2.** | **Suspensión Temporal del Servicio** En caso de que el Centro requiera suspender en forma temporal el servicio por causas justificadas (mantenimiento de equipos u otros similares), deberá comunicar esta situación a la CSBP con una antelación mínima de 7 días hábiles e indicar el nombre del Centro/ profesional donde se realizarán los estudios que sean requeridos sin que esto genere costo adicional, propuesta que será analizada por la CSBP para su aprobación, pudiendo solicitar el cambio  por referencia o antecedentes que la CSBP cuente. **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento**. |  |
| **3.** | **Atención continua**El Centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados, paros y otros, **sin costo adicional**, lo que permitirá atención de emergencias. **El proponente debe manifestar su compromiso cobre este requerimiento**. |  |
| **4.** | **Tipos de exámenes****ESTUDIOS BAJO COSTO FIJO MENSUAL (Exámenes frecuentes)**El centro debe tener la capacidad para realizar **TODOS los estudios** detallados en el ANEXO 1. Si existen algunos estudios que no pueden ser realizados, debe especificar cuáles y comprometerse a la derivación de estos estudios a otro centro, por cuenta propia y bajo su responsabilidad, garantizando calidad.**ESTUDIOS BAJO COSTO INDIVIDUAL (Exámenes no frecuentes)**El centro debe tener la capacidad para realizar **TODOS los estudios** detallados en el ANEXO 2. Si existen algunos estudios que no pueden ser realizados, debe especificar cuáles y comprometerse a la derivación de estos estudios a otro centro, por cuenta propia y bajo su responsabilidad, garantizando calidad.Estos exámenes tienen costo individual y el proponente debe detallar el costo de cada uno en su propuesta económica.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |
| **5.** | **Cumplimiento de horarios**Atención en casos de emergencia y hospitalización:1. Los requerimientos de emergencias (ambulatorias o de hospitalización) deben ser atendidos en un periodo no mayor a 30 minutos para la toma de muestra.
2. En caso de atenciones de emergencia, los resultados deberán ser comunicados al médico tratante en un lapso no mayor a 4 horas, con excepción de los estudios que requieran mayor tiempo de procesamiento.
3. La toma de muestras de rutina a pacientes hospitalizados, se efectuará a requerimiento. El traslado del personal va por cuenta del laboratorio.

Atención ambulatoria de rutina:1. Las muestras de rutina a pacientes ambulatorios en el laboratorio del proponente y en el Policonsultorio de la CSBP deberán ser tomadas y/o recibidas **de 07:00 a 09:00** o 7:30 a 9:30 a.m. La CSBP se responsabiliza por la comunicación a sus asegurados.

**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |
| **6.** | **Dotación de insumos**El Centro deberá proveer a la CSBP envases de buena calidad para la recolección de las diferentes muestras, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalizados y/o quirúrgicos.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |
| **7.** | **Equipo de computación**El Centro contratado deberá contar con un equipo de computación, con procesador CORE I5 o superior, disco duro de 1 TB mínimo, memoria RAM de 2 GB mínimo, con puerto de red.Con acceso a Internet ADSL mínimo de 256 MBPS para uso del Sistema Administrativo Médico Integrado (SAMI CSBP) en su módulo laboratorio. **(SAMIOFFLINE)****El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |
| **8.** | **Presentación de la información y facturación**Cada primer día hábil de cada mes, de acuerdo a un cronograma elaborado por la CSBP, el Centro contratado presentará un reporte estadístico y detalle de los estudios realizados en el mes, tanto en la modalidad de estudios frecuentes como no frecuentes (estos últimos con costo unitario), para la verificación y validación de servicios por la CSBP y posterior emisión de las facturas respectivas. **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |
| **9.** | **Entrega de resultados**El Centro se compromete a la entrega de resultados en el día en instalaciones de la CSBP. Salvo en estudios que requieren más tiempo de procesamiento, aspecto que será comunicado a la CSBP.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |
| **10.** | **Coordinación interinstitucional**El Centro se compromete a participar de reuniones de coordinación convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común, como el funcionamiento de los Comités de Vigilancia de Infecciones Intra Hospitalarias y otros.**El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |
| **11.** | **Certificados de Calidad**El centro debe contar con los siguientes certificados de calidad:1. Certificado de Control de Calidad emitido por instancia legalmente establecida por el Ministerio de Salud. (Adjuntar fotocopia simple)
2. Control de calidad interno (Adjuntar fotocopia simple)

Certificación de Calidad de los Reactivos que utiliza (Adjuntar fotocopia simple) |  |

**REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PARA SER LLENADO POR LA CSBP | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | OBSERVACIONES **(Si considera)** |
| CARACTERISTICA SOLICITADA | CARACTERISTICA OFERTADA |
|  |  |  |  |
| **1.** | **Infraestructura:**  |  |  |  |
| 1. Sala de espera y recepción de muestras
 |  |  |  |
| 1. Baño para pacientes
 |  |  |  |
| 1. Baño para empleados
 |  |  |  |
| 1. Oficina del director, jefe o regente del laboratorio
 |  |  |  |
| 1. Área de toma de muestras
 |  |  |  |
| 1. Área de química sanguínea
 |  |  |  |
| 1. Área de hematología
 |  |  |  |
| 1. Área de separación de muestras
 |  |  |  |
| 1. Área de inmunología - Serología
 |  |  |  |
| 1. Área de microbiología
 |  |  |  |
| 1. Área de informática y/o administrativa
 |  |  |  |
| 1. Área de Parasitología
 |  |  |  |
| 1. Área de Orinas y Líquidos Biológicos
 |  |  |  |
| 1. Casilleros individuales para los trabajadores
 |  |  |  |
| 1. Área de almacenamiento de reactivos
 |  |  |  |
| 1. Área de reposo para pacientes
 |  |  |  |
| 1. Área de almacenamiento o archivo de documentación
 |  |  |  |
|  | 1. Área de lavado
 |  |  |  |
| **2.** | **Mobiliario:**  |  |  |  |
| 1. Sillas o sillones para toma de muestras
 |  |  |  |
| 1. Mobiliario para el área de recepción acorde a requerimientos de laboratorio de análisis clínicos
 |  |  |  |
| 1. Mesones de trabajo que cumplan especificaciones requeridas de material lavable
 |  |  |  |
| 1. Estantería necesaria
 |  |  |  |
| **3.** | **Equipamiento:** El proponente debe contar con equipamiento moderno para el procesamiento de los estudios. En este requerimiento**, es indispensable que el proponente especifique en su propuesta el año de fabricación, marca e industria de todo el equipamiento que posee (Opcional, adjuntar documentación de respaldo).** La CSBP requiere que el proponente adjudicado cuente con equipamiento, instrumental y reactivos necesarios para la realización de todos los exámenes clínicos detallados en la sección "Especificaciones Técnicas". Los miembros de la Comisión de Calificación efectuaran una visita a los ambientes del proponente.El proponente debe contar con los siguientes equipos mínimamente (los equipos pueden ser compartidos en diferentes áreas):  |  |  |  |
| **QUIMICA SANGUINEA:** * Analizadores Químicos
* Analizadores de Electrolitos (Ionometro)
* Baños térmicos
* Vortex
* Micropipetas
* Cronómetros
* Refrigerador clínico
 |  |  |  |
| **HEMATOLOGÍA:** * Contador (es) Hematológico (s)
* Microscopio
* Coagulómetro
* Contador para formula diferencial
* Refrigerador clínico
* Rotador hematológico
* Soportes de VSG
* Pipeta Automáticas
* Baño térmico
* Aglutinoscopio
* Rotador de Placa
* Micro centrifugadora
 |  |  |  |
| **MICROBIOLOGIA:** * Microscopios
* Estufa de cultivo para bacterias - hongos
* Estufa de esterilización
* Campana de flujo laminar
* Ignitor eléctrico para ansas
* Mechero bunse
* Material de vidrio
* Autoclave
* Proveedor de sangre de cordero para preparación de medios de cultivos
* Refrigerador clínico
 |  |  |  |
| **INMUNOLOGIA:** * Lector de Elisa
* Lector de quimioluminiscencia (CLIA)
* Nefelómetro
* Rotador de Placa
* Baño térmico
* Incubador de Placas
* Micropipetas propias del área
* Cronómetros
* Aglutinoscopio
 |  |  |  |
| **UROANÁLISIS** * Microscopio
* Lector de tiras
 |  |  |  |
| **PARASITOLOGÍA** * Material para técnicas de concentración
* Pool de muestras positivas para control y capacitación
 |  |  |  |
| **OTROS, DESCRIBIR SI CUENTA CON MAYOR EQUIPAMIENTO.** |  |  |  |
| **4.** | **Bioseguridad:** La CSBP valorará el Sistema de Eliminación y Manejo de desechos y residuos del centro adjudicado, de acuerdo a normas vigentes. **El proponente deberá explicar todo el funcionamiento de su sistema de bioseguridad**, mismo que será además evaluado en visita de la Comisión Calificadora.Imprescindible el uso de material descartable para la toma de muestras.**DEBE CONTAR CON UN MANUAL DE BIOSEGURIDAD PROPIO DEL LABORATORIO APROBADO POR SEDES** |  |  |  |
| **5.** | **Horario de trabajo rutinario:** La CSBP valorará las ofertas de los centros que tengan horarios de trabajo más extensos, de lunes a viernes y fines de semana.El proponente debe especificar los horarios de atención de su centro. |  |  |  |
| **6.** | **Experiencia certificada:** El proponente necesariamente debe presentar documentos que avalen la experiencia de los servicios prestados, adjuntando las certificaciones correspondientes de instituciones de Salud Públicos, Privados y de la Seguridad Social de los últimos 5 años.  |  |  |  |
| **7.** | **Personal asignado para prestar el servicio:** El proponente debe contar con profesionales con formación y experiencia avalada en la Maestría, se analizará los Currículums Vitae. Necesariamente se debe adjuntar “Hoja de vida” actualizada de los/las profesionales que brindarán el servicio.**Certificación y calificación** |  |  |  |
| * Jefe o Regente de Laboratorio

De preferencia con maestríaAños de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)** |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Química Clínica

De preferencia con maestríaAños de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)** |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Hematología

De preferencia con maestríaAños de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)** |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Microbiología

De preferencia con maestría Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)** |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Inmunología

Especialidad Años de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)** |  |  |  |
| * Responsable del sistema de gestión de calidad

De preferencia con maestríaAños de servicio **(Adjuntar Curriculun Vitae respaldado)** |  |  |  |
| **8.** | **Ubicación:** Es recomendable que el Centro del proponente se encuentre ubicado en la dirección más próxima al Policonsultorio de la CSBP y que cuente con mayor facilidad de acceso peatonal y vehicular. |  |  |  |
| 1.- Calle, Avenida u otro (5 cuadras de la CSBP)  |  |  |  |
| 2.- Teléfono, correo electrónico e internet |  |  |  |
| 3.- Fax |  |  |  |
| 4.- Sucursales (más de una sucursal)  |  |  |  |

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

 **Nombre completo del representante legal o propietario            Firma**

**FORMULARIO N° 4.1**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

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

**MONTO FIJO MENSUAL PARA LOS ESTUDIOS FRECUENTES**

Para todos los ESTUDIOS FRECUENTES, señalados en el ANEXO 1 propongo un COSTO FIJO MENSUAL TOTAL:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DEL O LOS SERVICIOS REQUERIDOS** | **COSTO FIJO MENSUAL****(Bs.)** |
| 1. | Por todos los ESTUDIOS FRECUENTES del ANEXO 1  |  |
| **TOTAL NUMERAL** |  |
| **TOTAL LITERAL** |

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

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 4.2**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

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

**COSTO POR EVENTO PARA LOS ESTUDIOS NO FRECUENTES**

Para todos los ESTUDIOS NO FRECUENTES O ESPECIALES, señalados en el detalle COSTO POR EVENTO, de la siguiente manera:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DEL O LOS SERVICIOS REQUERIDOS** | **PRECIO UNITARIO****(Bs.)** |
| 1 | HORMONA DEL CRECIMIENTO POSTCARGA 90 MINUTOS |  |
| 2 | HCG ANTISUBUNIDAD BETA |  |
| 3 | HCG CUANTITATIVO |  |
| 4 | ESTRADIOL |  |
| 5 | DHEA |  |
| 6 | DEHIDROXIVUTAMINA D3 |  |
| 7 | CORTISOL SERICO |  |
| 8 | CORTISOL PM |  |
| 9 | COSRTISOL AM |  |
| 10 | CARIOTIPO |  |
| 11 | ANTIESTREPTOLISIINAS |  |
| 12 | ANTICUERPOS ATITIROIDEOS |  |
| 13 | ANTICUERPOS ANTIPAROTIDITIS IGM |  |
| 14 | ANTICUERPOS ANTIPAROTIDITIS IGG |  |
| 15 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES |  |
| 16 | ANTICUERPOS ANTINEUTROFILO |  |
| 17 | ANTICUERPOS ANTICITOPLASMATICOS |  |
| 18 | ANTICUERPOS ANTI SM |  |
| 19 | ANTICUERPOS ATI JO |  |
| 20 | ANTICUERPOS ANTIDNA |  |
| 21 | ANTICOAGULANTE LUPIDICO CIRCULANTE |  |
| 22 | ANTI DNA SS |  |
| 23 | ANTI DNA DS |  |
| 24 | ANTI CCP |  |
| 25 | ANDROSTENEDIONA |  |
| 26 | ACTH |  |
| 27 | 17 HIDROXIESTEROIDES |  |
| 28 | TSH ULTRASENSIBLE |  |
| 29 | IGF 1 SOMATOMEDINA C |  |

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

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

### MODELO CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOS

###### CITE: ASES. LEG. REG. N°\_\_\_/2023

Conste por el presente documento privado un **Contrato de Servicios de Servicios de Laboratorio Clínico Frecuentes a Monto Fijo y Especial 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 Invitación Publica No. \_\_\_/2023, para **la Prestación de Servicios de Servicios de Laboratorio Clínico Frecuentes a Monto Fijo y Especial 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 de Servicios de Laboratorio Clínico Frecuentes a Monto Fijo y Especial 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 de Servicios de Laboratorio Clínico Frecuentes a Monto Fijo y Especial 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 Invitación Publica 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 IMAGENOLOGIA** 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 Invitación Publica 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**