****

###### PLIEGO DE CONDICIONES

|  |
| --- |
| **“CONTRATO MARCO PARA OFTALMOLOGIA ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS POR EVENTO PARA LA REGIONAL LA PAZ”** |

**CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO N°003/2022**  **PRIMERA CONVOCATORIA**    La Caja de Salud de la Banca Privada, Administración Regional de La Paz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| Objeto de la Contratación : OFTLAMOLOGIA ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS POR EVENTO PARA LA REGIONAL LA PAZ |
| Tipo de Convocatoria: CONTRATO MARCO |
| Forma de adjudicación: POR LOTE |
| Sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD COSTO |
| Encargados de atender consultas: Dra. Samantha Rodriguez  Ing. Patricia Zuazo |
| Correo electrónico: [samantha rodriguez@csbp.com.bo](mailto:samantha%20rodriguez@csbp.com.bo)  [patricia.zuazosbp.com.bo](mailto:compras.lapaz@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 2317274 int. 2266 |
| Fax: 2317274 |
| Consultas escritas:23/02/2022 Hrs 16:30 |
| Reunión de aclaración: 24/02/2022 Hrs. 10:00 |
| Presentación de propuestas: 02/03/2022hasta Hrs.14:00 |
| Acto de apertura de propuestas: 02/03/2022Hrs.14:15 |
| Teléfono: 2317274 int. 2266 |

**RESUMEN EJECUTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONVOCATORIA** | **CONTRATO MARCO**  **N° 003/2022**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  **CÓDIGO: LP-CONTM-003/202** |
| **REQUERIMIENTO** | OFTLAMOLOGIA ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS POR EVENTO PARA LA REGIONAL LA PAZ |
| **PUBLICACIÓN** | **10/02/2022** |
| **CONSULTAS ESCRITAS:** | **23/02/2022 Hrs.16:30** |
| **REUNIÓN DE ACLARACIÓN:** | **24/02/2022 Hrs.10:00 ZOOM**  **ID 739 9865 5807**  **CODIGO DE ACCESO CSBP** |
| **RECEPCIÓN DE PROPUESTAS:** | **2/03/2022 hasta Hrs.14:00** |
| **APERTURA DE PROPUESTAS:** | **2/03/2022 Hrs.14:15 ZOOM**  **ID 739 9865 5807**  **CODIGO DE ACCESO CSBP** |
| **LUGAR DE PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS** | **CALLE FEDERICO ZUAZO ESQ. REYES ORTIZ EDIFICIO GUNDLACH (ANEXO) P1 RECEPCIÓN** |

**CAPÍTULO I**

**GENERALIDADES**

1. **PRESENTACIÓN**

La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº060/2021 del 30 de Noviembre de 2021, a través de la presente proceso, invita a las empresas y/o personas naturales, legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC)

1. **OBJETO**

El objeto del presente CONTRATO MARCO***,*** es la contratación del: OFTLAMOLOGIA ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS POR EVENTO PARA LA REGIONAL LA PAZ

1. **FORMA DE ADJUDICACIÓN**

El presente proceso de contratación será adjudicado por LOTE de los servicios requeridos.

1. **DOMICILIO**

CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA, ADMINISTRACIÓN REGIONAL LA PAZ, UNIDAD DE COMPRAS (EX POLICONSULTORIO) EDIF. GUNDLACH CALLE REYES ORTIZ ESQ. FEDERICO ZUAZO PB TELF. 2317274 INT. 2266.

1. **INSTANCIA DE APROBACIÓN Y PERSONAL JERARQUICO DE LA ENTIDAD**
   1. Instancia de Aprobación:

Jefe de Logística y Operaciones y/o Gerente Administrativo Financiero

* 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

Lic. Joaquin Lopez Gerente General

Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero

Dr. Edgar Butron Gerente Médico

Para el presente proceso de contratación se designará un Comité de Contrataciones que dará la no objeción para la firma del Contrato.

1. **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.
3. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN.**

Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las situaciones siguientes

* 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.

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 esta convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.
  2. Cualquier relacionamiento referente a esta 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 Contratacioneso la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente.

1. **MONEDA DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN**

Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos.

1. **COSTOS DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN**

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. **IDIOMA**

La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español.

1. **NOTIFICACIONES**

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 del envío al fax o correo electrónico oficial de los participantes. El comprobante 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 inciso a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación.
4. **CANCELACIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN**

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 CONTRATACIÓN**

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. **ANULACIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN**

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.

**CAPÍTULO II**

**ACTIVIDADES, PREPARACIÓN, PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS**

**SECCIÓN I**

**ACTIVIDADES PREVIAS A LA PREPARACIÓN DE PROPUESTAS**

Se contemplan las siguientes actividades previas a la presentación de propuestas:

1. **AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DEL PC**

La publicación del presente PC fue autorizada por autoridad competente de la CSBP.

1. I**NSPECCIÓN PREVIA** (NO CORRESPONDE)

La inspección previa se realizará en el lugar y fechas establecidas en la convocatoria.

1. **CONSULTAS ESCRITAS SOBRE EL PC**

Los proponentes interesados podrán realizar consultas escritas hasta un (1) día hábiles antes de efectuarse la reunión de aclaración.

Las respuestas a las consultas escritas se harán conocer a todos los potenciales proponentes en la Reunión de Aclaración.

Las consultas presentadas fuera del plazo establecido no serán aceptadas ni consideradas por ser extemporáneas.

1. **AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS.**

Los plazos establecidos para la presentación de propuestas podrán ser ampliados por la CSBP mediante enmienda únicamente hasta diez (10) días hábiles, debido a:

1. Motivos de fuerza mayor o caso fortuito
2. Enmiendas fundamentales al PC
3. Solicitud debidamente justificada de un potencial proponente
4. Decisión de la CSBP debidamente justificada.

Las solicitudes de ampliación de plazo propuestas por los proponentes deberán ser efectuadas máximo hasta el día de la Reunión de Aclaración.

La ampliación de plazo será dada a conocer, por lo menos con tres (3) días hábiles previos al plazo original establecido para la presentación de propuestas.

1. **REUNIÓN DE ACLARACIÓN**

La reunión de aclaración se llevará a cabo el día hora señalados en la convocatoria.

En la Reunión de Aclaración, los proponentes podrán expresar sus consultas adicionales e informar si consideran que el PC tiene errores o es discriminatorio.

Realizada la Reunión de Aclaración, no se aceptará ninguna consulta posterior.

Se tomará apuntes de este acto para posteriormente elaborar el acta de la misma.

Las consultas efectuadas en la reunión de aclaración que no puedan ser respondidas en este acto, serán dadas a conocer conjuntamente de forma posterior.

1. **ENMIENDAS Y APROBACIÓN DEL PLIEGO ESPECÍFICO DE CONDICIONES.**

La CSBP podrá, en cualquier momento antes de que emita la Aprobación del P C, modificar el mismo mediante una o varias enmiendas ya sea por iniciativa propia o en atención a las consultas efectuadas por los proponentes.

Una vez aprobado el PC no se realizará ninguna enmienda al mismo.

**SECCIÓN II**

**PREPARACIÓN DE PROPUESTAS**

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 en la presente sección

1. **DOCUMENTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS**
   1. Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario A-1, en **original**.
   2. Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario A-2, en **original.**
2. **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**

Formulario Nº C-1 de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original**

1. **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN POR LOTES**

La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario Nº B-1 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 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:

a) 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.

1. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta.
2. Para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta.

**SECCIÓN III**

**PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**

1. **FORMALIDADES**
   1. Las propuestas deben ser presentadas horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.
   2. La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.
   3. El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.
   4. No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.
2. **CANTIDAD DE EJEMPLARES**

La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.**

1. **FORMA DE PRESENTACIÓN**

La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **OFICINA NACIONAL, ADMINISTRACIÓN REGIONAL LA PAZ**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***Edif. Gundlach P1 RECEPCIÓN***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** CONTRATO MARCO Nº 003/2022 **CÓDIGO: LP-CONTM-003/2022**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **OFTLAMOLOGIA ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS POR EVENTO PARA LA REGIONAL LA PAZ**  **No abrir antes de horas** 14:15 **del día** **2 de Marzo de 2022** |

1. **MODIFICACIONES Y DESISTIMIENTO**

**28.1** Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o complementaciones a la misma.

Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.

Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante, según lo establecido en párrafo del numeral 39.3 del presente Pliego Específico de Condiciones.

**28.2** El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continuar participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución en el Libro de Actas o Registro Electrónico.

La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita.

1. **CIERRE DEL REGISTRO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**

El Secretario de la Comisión de Calificación dará fe del número de propuestas presentadas y efectuará el cierre del Acta de recepción de propuestas.

Se considerará que el proponente ha presentado su propuesta dentro del plazo, si éste se encuentra en el lugar de presentación de propuestas hasta la hora límite establecida para el efecto, debiendo ser registrada en los próximos minutos.

Se considerará la hora de la CSBP como oficial.

1. **PROPUESTAS PRESENTADAS FUERA DE PLAZO**

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**.**

**SECCIÓN IV**

**APERTURA DE PROPUESTAS**

1. **PLAZO**

La apertura de las propuestas será efectuada en acto público con la presencia de los integrantes de la Comisión de Calificación, inmediatamente después del cierre del plazo de presentación de propuestas.

1. **ACTO DE APERTURA**

El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir.

Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.

Se dará lectura a los documentos legales, 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. **ENVÍO DE INFORMACIÓN AL COMITÉ DE CONTRATACIONES**

Concluido el acto de apertura, de forma inmediata, la nómina de proponentes, serán remitidas por la Comisión de Calificación al Comité de Contrataciones, para efectos de eventual excusa.

1. **POSTERGACIÓN**

El Comité de Contrataciones en caso de fuerza mayor o caso fortuito, podrá postergar el acto de apertura de propuestas, fijando nuevo día y hora según corresponda.

Esta decisión será comunicada mediante la página web de la CSBP a todos los potenciales proponentes.

**CAPÍTULO III**

**EVALUACIÓN Y RESULTADOS**

**SECCIÓN I**

**EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS**

1. **SISTEMA DE EVALUACIÓN Y ADJUDICACIÓN**

La calificación de propuestas se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación:

**CALIDAD Y COSTO.**

**39. EVALUACIÓN*: CALIDAD Y COSTO***

**39.1** Inicialmente se evaluarán los documentos legales y administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE, utilizando el Formulario E-1.

**39.2** Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación legal y administrativa serán sometidas a:

a) Evaluación de la calidad, sobre 60 puntos

b) Evaluación de la propuesta económica, sobre 40 puntos

**39.3** Para la evaluación de la calidad, se identificará la propuesta técnica, evaluando la misma en función a los criterios de calificación establecidos por la unidad solicitante, detallados a continuación:

**CALIFICACION TECNICA SOBRE 60 PUNTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PUNTAJE** | **CRITERIO** |
| **REQUISITOS BASICOS** | 42 | AL CUMPLIMIENTO DE LA TOTALIDAD DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS BASICAS |
| **REQUISITOS CALIFICABLES** | 18 | CORRESPONDE A LA SUMATORIA DEL PUNTAJE DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS CALIFICABLES |

**39.4** Para la evaluación de la propuesta económica, inicialmente se procederá a verificar en el Formulario Nº B-1 de Propuesta Económica, el monto del precio unitario propuesto por LOTE en numeral con el monto propuesto en literal. Si existiera diferencia entre los montos indicados en numeral y literal, prevalecerá el monto expresado en literal.

Posteriormente, utilizando el Formulario de evaluación E-2, se copiarán en el mismo todas las propuestas económicas (precios unitarios) para un LOTE determinado, identificando al proponente.

Concluido el llenado de información por LOTE , procederá con la evaluación de las ofertas económicas por cada LOTE , identificando a la propuesta con el menor precio unitario a la misma que le asignará el mayor puntaje (40 puntos), y a las otras propuestas económicas un puntaje inversamente proporcional al valor de sus ofertas, aplicando la siguiente fórmula:

|  |
| --- |
| **PEP = (MPO/PP)\*PA** |

Donde:

PEP = Precio Evaluado de la Propuesta

MPO = Menor Precio Ofertado

PP = Precio propuesto

PA = Puntaje Asignado a la Oferta Económica

* 1. El puntaje final por LOTE se obtendrá sumando los puntajes obtenidos en la evaluación de la oferta técnica y la oferta económica.
  2. La Comisión de Calificación recomendará la adjudicación del servicio que tenga la o las propuestas con el MAYOR PUNTAJE resultante de la suma obtenida en la evaluación técnica y la evaluación económica.

Se podrá adjudicar a más de un proponente la prestación de los servicios requeridos.

**ERROR NO SUBSANABLE**

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:

a) Propuesta Técnica.

b) Propuesta Económica.

h) 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 LOTE s o lotes, este 2% establecido es por LOTE o lote.

f) Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.

1. **INHABILITACIÓN 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 artículo 15 del Reglamento de Compras, Punto 7 del presente documento.
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 en el Punto 40 del presente documento.
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 Pliego Específico de Condiciones.
10. **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 tres (3) 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 LOTE s que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia.
5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda.
6. Detalle de inhabilitación de propuestas, LOTE s o lotes, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente.
7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes
8. Recomendación de aclaración o declaratoria desierta.

**SECCIÓN II**

**ADJUDICACIÓN O DECLARATORIA DESIERTA**

1. **DECLARATORIA DESIERTA**

El Comité de Contrataciones declarará desierta una convocatoria si se produce alguna de las siguientes causales:

* 1. Si no se hubiese recibido ninguna propuesta
  2. Si como resultado del proceso de calificación, ningún proponente hubiese cumplido con lo exigido en el PCSi las ofertas económicas excediesen el presupuesto determinado para la contratación

1. **NOTIFICACIÓN**

Se notificará la Adjudicación o Declaratoria Desierta a todos los proponentes cuyas propuestas hayan sido abierta.

1. **CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO**

La información relativa al análisis y evaluación de las propuestas y sus respectivos informes, es información confidencial de la Comisión de Calificación.

**CAPITULO IV**

**SUSCRIPCIÓN DE CONTRATO Y RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

**SECCIÓN I**

**DE LOS CONTRATOS**

1. **PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS**

El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta.

La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.

Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.

Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se ejecutará la garantía de seriedad de propuesta.

Si se utilizó el sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y COSTO, se adjudicará a la propuesta que haya obtenido el segundo lugar en el puntaje total.

En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación.

1. **GARANTÍA A PRIMER REQUERIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

No corresponde para este tipo de contratación.

1. **ANTICIPO**

No corresponde para este tipo de contratación.

1. **ELABORACIÓN Y SUSCRIPCIÓN**

El contrato será elaborado en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles computables a partir de la recepción a conformidad de los documentos requeridos para la firma del mismo.

La suscripción deberá efectuarse en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles desde la notificación al proveedor.

1. **RECONOCIMIENTO DE FIRMAS**

El contrato suscrito por el proveedor y el ejecutivo de la CSBP que corresponda, deberá contar con el reconocimiento de firmas correspondiente.

1. **MODIFICACIONES**

Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios.

1. **RESOLUCIÓN**

El contrato establecerá las causales de resolución del mismo.

**SECCIÓN II**

**DE LA PROVISIÓN Y RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

La CSBP implementará los documentos necesarios para que tanto las unidades solicitantes como los proveedores puedan alcanzar niveles de eficiencia en la provisión del servicio adjudicado bajo la modalidad de CONTRATO MARCO y que sean requeridos “por evento”.

1. **FISCAL DE SERVICIO**

Para la recepción del servicio requerido, la CSBP obligatoriamente designará un Fiscal de Servicio, que recaerá en un funcionario dependiente de la unidad solicitante, responsable de realizar el seguimiento al cumplimiento del contrato en función a las especificaciones técnicas establecidas en el presente Pliego de Condiciones y la propuesta adjudicada, en el plazo y bajo las condiciones estipuladas en el contrato.

Por su parte, el proponente adjudicado designará un Agente de Servicio, que será un funcionario de planta de la empresa proveedora que la representará durante la vigencia del contrato. Su nombre debe ser comunicado a la CSBP el momento de la suscripción del contrato.

El Agente de Servicio representará al proveedor durante la ejecución del mismo, coordinando permanentemente con el Fiscal de Servicio, para atender de forma satisfactoria el cumplimiento de las especificaciones técnicas y el contrato.

1. ***DOCUMENTOS***

El Fiscal de Servicio elaborará las actas de conformidad para cada pago programado, cuando corresponda, del servicio contratado y ejecutado; asimismo, solicitará a los proveedores las notas de remisión y facturas correspondientes.

Concluido el plazo de prestación de servicio, elaborará el Acta Final de Conformidad del Servicio, en el que se debe especificar el detalle del cumplimiento del mismo en sus aspectos más importantes (plazo, calidad, etc.).

Con la emisión de este documento el Ejecutivo Principal de la CSBP, según corresponda, emitirá el Certificado de Cumplimiento de Contrato.

1. **FACTURACIÓN Y PAGO**

La forma de pago es la siguiente:

Los pagos se realizarán en el tiempo, forma y condiciones estipuladas en este documento y reflejadas en el contrato. Las facturas o notas fiscales deberán ser presentadas a la CSBP, de acuerdo a lo estipulado en la normativa vigente.

**CAPÍTULO V**

**TERMINOS DE REFERENCIA**

**LOTE N° 1 SERVICIO DE QUIRIFANO OFTALMOLOGICO**

**INTRODUCCION:**

Para prestar servicios médicos integrales amerita contar con la contratación de servicios técnicos asistenciales que provean servicios de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria, según normas, protocolos y reglamentos, de forma paralela a la actividad de diagnóstico y tratamiento realizado por los profesionales médicos complementando y garantizando un servicio integral.

Consiguientemente la Caja de Salud de la Banca Privada-Regional La Paz, requiere contratar estos servicios bajo los siguientes parámetros de calidad:

* Experiencia en la prestación de servicios de Cirugía Oftalmológica.
* Realizar la programación seguimiento y cumplimiento de la programación quirúrgica.
* Otorgar preferencia y prioridad en la programación quirúrgica solicitados para la población asegurada de la CSBP.
* Coordinar con médico especialista y trabajo social sobre aspectos referidos al proceso de atención médica de pacientes transferidos.
* Entablar comunicación con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio y Dirección de Clínica (según corresponda), en aquellos pacientes que requieran un servicio específico solicitado por el médico tratante.
* Asistencia en caso que se convoque para junta médica, análisis u otro que Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio y Dirección de Clínica (según corresponda) vea por conveniente.

**REQUISITOS OBLIGATORIOS (sobre 42 puntos)**

|  |
| --- |
| **REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE QUIROFANO POR EVENTO, CON UNA VIGENCIA DE 2 AÑOS CALENDARIO (24 MESES)** |
| * + 1. **CARACTERISTICAS Y VIGENCIA DEL SERVICIO** |
| * Experiencia en la prestación de servicios de Cirugía Oftalmológica. * Realizar la programación seguimiento y cumplimiento de la programación quirúrgica. * Otorgar preferencia y prioridad en la programación quirúrgica solicitados para la población asegurada de la CSBP. * Coordinar con médico especialista y trabajo social sobre aspectos referidos al proceso de atención médica de pacientes transferidos. * Entablar comunicación con Jefatura Médica en aquellos pacientes que requieran un servicio específico solicitado por el médico tratante. * Asistencia en caso que se convoque para junta médica, análisis u otro que Jefatura Médica vea por conveniente. * Manifestar aceptación para la firma de contrato por 24 meses. |
| * + 1. **PERFIL ACADEMICO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA** |
| 1. Perfil del Profesional: La propuesta deberá señalar el profesional o los profesionales responsables del centro que otorgará el Servicio de quirófano de oftalmología para este fin el proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano. * Título de Especialista en Oftalmología (preferible no excluyente). * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes. * Curriculum Vitae.  1. Especialista Medico anestesiólogo, que cuente con:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano. * Título de Especialista en anestesiología otorgado por el Colegio Médico. * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes. * Matrícula del colegio respectivo * Curriculum vitae documentado  1. Para la presentación de los servicios requeridos el gabinete deberá contar con:  * Personal de apoyo técnico suficiente para cubrir la demanda en el horario de atención propuesto * Curriculum documentado del personal técnico. |
| * + 1. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO** |
| El proponente deberá contar como mínimo con los siguientes ambientes:   * Quirófano oftalmológico que cumpla con normas de bioseguridad, para la atención ambulatoria de pacientes que requieran la realización de Cirugías, con el equipamiento necesario. * Sala de espera, recepción e información, que cumplan las normas de Bioseguridad para prevención de Covid 19. * Sala de reposo o recuperación para casos necesarios, con condiciones de Bioseguridad adecuadas. * Baño para pacientes.   El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ.  El proponente deberá describir los insumos que proveerá y estarán incorporados en la oferta económica del servicio y los insumos que proveerá la CSBP.  El proponente deberá describir las soluciones antisépticas y desinfectantes a utilizar y el proceso de esterilización que se utilice y os respectivos protocolos de desinfección. |
| * + 1. **HORARIOS DE ATENCION** |
| El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento:   * Lunes a viernes en horarios de la mañana de 08:00 a 12:30 y tarde de 14:00 a 20:00. * Sábados en turno de la mañana Sábados de 09:00 a 12:00. * **Atención de emergencia: A solicitud expresa de la CSBP sin costo adicional las 24 horas del día los 365 días del año.** * **Exclusividad en días de cirugía programada con horario continuo.** |
| Los servicios de quirófano tendrán supervisión directa de Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio y Dirección de Clínica. |
| E. SERVICIO A CONTRATAR |
| La contratación del servicio quirúrgico incluyen las condiciones adecuadas para la realización de las siguientes cirugías tanto para pacientes adultos como pediátricos:  **CIRUGIAS MAYORES**   1. Cirugía de catarata convencional y facoemulsificación. 2. Cirugía de Glaucoma (trabeculectomias y válvulas) 3. Cirugía de reparación de laceraciones cornéales, conjuntivales y esclerales. 4. Cirugía de parpados. 5. Sondaje vía lagrimal en niño 6. Vitrectomía anterior 7. Implante secundario de lente 8. Queratocono (Crosslinking, Anillos de Ferrara)   **CIRUGIAS MEDIANAS**   1. Inyección Avastine u Eylia 2. Cirugía de Pterigion 3. Cirugía de Sondaje y Lavado de Vías Lacrimales. 4. Plastia puntos lagrimales. 5. Abscesos palpebrales y de saco lagrimal.   **CIRUGIAS MENORES**   1. Cirugía de Drenaje de Orzuelos y Chalacios en niños. 2. Escisiones conjuntivales o de lesiones palpebrales pequeñas. 3. Examen bajo anestesia (en niños).   **El oferetante debe elaborar la propuesta económica para cada tipo de cirugía la cual incluirá: microscopio u otro equipo necesario para el procedimiento, insumos, instrumental y anestesiólogo.** |
| F. SERVICIOS CONEXOS |
| El proponente se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación con capacidad técnica de conexión a Internet (características mínimas de los equipos: memoria 4GB, Windows actualizado y con licencia, procesador I5, Disco Duro con por lo menos 100 GB), esto con la obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la CSBP (consulta externa, protocolo operatorio, hojas de anestesia y otros) toda esta documentación deberá ser remitida a la CSBP dentro de las 24 horas de realizado el procedimiento para que sea incorporado en el expediente clínico.  Deberá realizar el descargo de recetas y emisión de bajas en el sistema SAMI. A tomar en cuenta para el descargo de recetas, emisión de bajas. |
| **G. ENTREGA DE INFORMES** |
| Los informes deben ser entregados de forma mensual con la documentación de respaldo por cirugías realizadas. |
| **H. LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO** |
| El proponente deberá contar obligatoriamente con registro y licencia de funcionamiento del consultorio privado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES). |

**REQUISITOS CALIFICABLES (sobre 18 puntos)**

|  |
| --- |
| I. ANTECEDENTES (4 PUNTOS) |

|  |
| --- |
| Experiencia en el servicio requerido con otras instituciones, adjuntar documentación que respalde la prestación del servicio.  3 años de experiencia o más 4 puntos  2 años de experiencia 3 puntos  1 año de experiencia 2 puntos |

|  |
| --- |
| J. INFRAESTRUCTURA (6 PUNTOS) |

|  |
| --- |
| Se evaluarán los siguientes aspectos:  Del centro: (2 puntos)   * Acceso y ubicación * Ambientes amplios, acogedores, confortables para los pacientes * Calefacción   Sala de Quirófano: (2 puntos)   * Adecuada (debe estar ubicada en un lugar de fácil acceso, con la posibilidad de evacuación rápida) cumplimiento de normas de bioseguridad. * Amplia.   Sala de reposo o recuperación: (2 puntos)   * Baño privado * Camilla |
| **K. EQUIPAMIENTO (8 PUNTOS)** |
| Se evaluará la antigüedad de los equipos ofertados.   * Equipos con antigüedad menor a 3 años – 3 puntos * Equipos con antigüedad mayor a 3 años – 2 puntos   Considerar en el equipamiento:   * Vitreófago anterior, paquímetro, equipo para facoemulsificación, e instrumental para anillos de Ferrara. * Disponer de balón de oxígeno, caja de paro y monitor multiparamétrico en sala de quirófano * Disponer de balón de oxígeno, oxímetro y caja de paro en sala de reposo o recuperación. * Otro equipamiento que pueda ofertar   El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ. Se calificarán con 5 puntos y se asignará puntaje inversamente proporcional a las demás ofertas. |

**LOTE N° 2 SERVICIO MEDICO EXTERNO OFTALMOLOGO SUBESPECIALISTA EN RETINA**

1. **Objetivo de la Contratación:**

El profesional ofertante bajo esta modalidad (POR EVNETO) otorgara servicios de salud en la especialidad solicitada, ***en Consultorio y Hospitalización*** a la población asegurada y beneficiaria de la C.S.B.P con características de integralidad, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, calidad y calidez, en el marco de las políticas y normas institucionales.

**Perfil académico y experiencia profesional requerida:**

* Formación académica en oftalmología y especialidad en retinología.
* Experiencia profesional en el tratamiento de pacientes con enfermedad oftalmológica en general y patología de retina en particular.
* Experiencia en el manejo integrado del tratamiento de patología de retina, secuencia diagnostica, terapéutica en el abordaje de la enfermedad.

1. **Resultados Esperados**

**Consulta Externa:**

Atención médica otorgada en el ámbito de la consulta ambulatoria en el consultorio particular del profesional médico.

**Hospitalización:**

Atención médica que se brinda a pacientes que, por su condición clínica, requieren de manejo ambulatorio hospitalario.

Seguimiento de los pacientes internados cuando son remitidos del consultorio externo, como responsables del ingreso, seguimiento y alta correspondiente, con responsabilidad del proceso de atención medico/quirúrgico hasta el egreso o alta. Visitas médicas mínimo una diaria.

1. **Términos de Referencia que deben cumplir (según el siguiente cuadro)**

| **N°** | **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** |
| --- | --- | --- |
|  | **REQUISITOS BASICOS SOBRE 42 PUNTOS** | |
| **1.     Categoría 1:** **Requisitos del Servicio** | | |
| 1.1. | PROFESIONAL OFTALMOLOGO CON FORMACION EN RETINOLOGIA |  |
| PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES: Todas las personas naturales o jurídicas, en forma individual o conjunta (consorcio, unión temporal y promesa de sociedad) que tenga dentro de su objeto social o actividad EXPRESAMENTE el objeto de convocatoria de este proceso. |
| 1.2. | **CARGA HORARIA.-** |  |
| **Se requiere una carga horaria de consulta externa de acuerdo a requerimiento institucional**. |
| La carga horaria de atención hospitalaria será de acuerdo a requerimiento institucional. |
| 1.3. | **FUNCIONES.-** |  |
| a)      Aplicar normas, reglamentos y protocolos de atención médica vigentes en la institución y ajustarse a ellos en todos los procesos brindados, sujetos al rigor científico del conocimiento en el campo de la salud. |
| b)      Otorgar servicios médicos integrales en el contexto del modelo institucional, de sus recursos informáticos, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial y preventivo de patologías. |
| ***c)*** Brindar atención médica oportuna personalizada con calidad y calidez a la población asegurada garantizando la eficiencia y eficacia del servicio ***en Consultorio y Hospitalización.*** |
| d)      Resolver problemas de salud utilizando medios de diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con sustento técnico médico. |
| e)      Llenar correctamente toda la documentación administrativa y médica, haciendo énfasis en el registro apropiado y completo de las Historias Clínicas. |
| f)       Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y las políticas del Ministerio de Salud y Deportes, ASUSS y de la institución. |
| g)      Custodiar la documentación institucional (Historias clínicas, exámenes complementarios bajas médicas, etc.) y remitirlas oportunamente al archivo clínico central. |
| h)      Cumplir Puntual y cabalmente con el horario y el tiempo asignado acordado previamente para la atención de la población asegurada. |
| i)        Aportar con criterios técnicos al desarrollo o ejecución de los procesos técnico-médicos |
| j)        Coordinar con Jefatura médica, Jefes de Policonsultorio y Dirección de Clínica todos los temas medico administrativos relacionados con la prestación del servicio. |
| k)      Cumplir con los instructivos, recomendaciones y requerimientos emanados por Jefatura Médica, Jefes de Policonsultorio y Dirección de Clínica. |
| l)        Atención ambulatoria en Consultorio Externo |
| m)     Atención del Paciente hospitalizado |
| n)      Atención de interconsultas de forma ambulatoria y en pacientes internados |
| o)      Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente **con presencia física** **no pudiendo dar indicaciones vía telefónica** para pacientes de consultorio y hospitalizados. |
| p)      Evitar duplicidad en la otorgación de medicamentos y exámenes de apoyo diagnóstico. |
| q)      Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los **formularios correspondientes.** |
| r)       Realizar la referencia y contra referencia oportuna de pacientes así como las interconsultas médicas cuando el caso amerite, adecuándose al procedimiento de gestión establecido, tanto en consultorio como en hospitalización. |
| s)      Participar obligatoriamente en Juntas Médicas a las que fuera convocado. |
| t)       Presentar el “Informe Técnico Médico”. Así como la factura correspondiente. |
| **OBLIGACIONES:** |
| El profesional médico contratado se compromete a: |
| a)     Elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico en ***Consultorio y Hospitalización,*** bajo los siguientes alcances: |
| i.          La Historia Clínica Informatizada completa y de calidad con su respectiva impresión debidamente firmada y rubricada. |
| ii.         Las prescripciones en Formulario 016 *(EXTRA-LINAME)* elaboradas y sustentadas (de acuerdo al reglamento institucional, debidamente firmada y rubricada). Las mismas deben ser autorizadas por Jefes de Policonsultorio y Dirección de Clínica. |
| iii.        Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento ***de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos*** debidamente firmada y rubricada. |
| iv.       Otorgar ***bajas médicas de incapacidad temporal*** identificando el régimen al que corresponde, debidamente firmada y rubricada. |
| v.        Informe médico é informe de juntas médicas en las que participe, ***en un plazo no mayor a las 48 horas*** tal cual establece el Reglamento de Informes y de Juntas Médicas, dichos informes deberán tener un sustento médico científico, debidamente firmada y rubricada. |
| vi.       Elaborar la Epicrisis al egreso del paciente, dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de atención hospitalaria, debidamente firmada y rubricada. |
| vii.      El médico tratante debe asistir a la atención médica de sus pacientes internados para atención Hospitalaria, **hasta antes de las 9:30 a.m.** a fin de emitir órdenes médicas. |
| viii.     ***El Médico tratante da a conocer al paciente y hace firmar el Consentimiento Informado obligatorio,*** previo a proceso de tratamiento médico. |
|  |
| **2.     Categoría 2: Experiencia General y Específica** | | |
| 2.1. | **Experiencia del profesional:** |  |
| a)     Medico con título de especialista en Oftalmología con subespecialidad en retinologia, otorgado por una universidad reconocida y ratificado oficialmente por el Colegio Médico. |
| b)    Certificados que avalen la experiencia en su área, que acredite un mínimo de tres a cinco años de experiencia en la especialidad. |
| c)     Habilidad en el manejo de paquetes informáticos. |
| d)    Conocimiento de la normativa establecida por el Ministerio de Salud y Deportes y el ASUSS. |
|  |
| 2.2. | **Experiencia Específica del profesional.** |  |
| Contratos de venta de servicios de la especialidad a establecimientos de la seguridad social (**deseable no excluyente**) |
| **3.     Categoría 3: Perfil Académico** | | |
| 3.1. | a)     Título Académico |  |
| b)    Título en Provisional Nacional |
| c)     Diploma de Especialidad y subespecialidad. |
| d)    Certificado de Residencia Médica |
| e)     Matricula profesional en el Ministerio de Salud y Previsión Social |
| f)     Certificado de inscripción en el Colegio Médico Departamental. |
|  |
| **4.     Categoría 4: PLAZO** | | |
| 3.1 | Los servicios a prestar tendrán una duración de 2 años calendarios a partir de la firma del contrato. |  |
| **5.     Categoría 5: INFORME DE BIO ESTADISTICA.-** | | |
| 5.1 | Elaboración del expediente clínico en formato institucional y en el sistema informático de la CSBP, cumpliendo la normativa vigente. |  |
| Presentar el ***“Informe Técnico Médico Mensual”*** que incluya orden de atención de cada consulta e Historia clínica, acompañado de la factura a nombre de la C.S.B.P. |
| La entrega del informe deberá ser remitido indefectiblemente hasta el 5to día hábil del subsiguiente mes. |
| **6.     Categoría 6: Equipamiento** | | |
| 6.1. |  |  |
| 1.     ***Ambiente para atención de consulta externa que sea de fácil acceso, con área de espera, consultorio para examen médico, baño para paciente.*** |
| 2.     ***Contar con registro y licencia de funcionamiento del consultorio privado otorgado por el servicio departamental de Salud (SEDES)*** |
| 6.1.1 | 3. **Debe contar con equipo de computación e impresora conectados a internet para que se pueda instalar el Sistema Informático de atención de la CSBP** |  |
|  |  |  |
| **7** | **Categoría 7: Esquema o Plan de Servicio** | |
| 7.1. | **El proponente deberá prestar servicios para las siguientes patologías mínimamente:** |  |
|  |
| **PATOLOGÍA:** |
| **ENFERMEDADES VASCULARES**   * Retinopatía diabética. * Retinopatía hipertensiva. * Oclusiones vasculares. * Arteriales * Venosas * Retinopatía por hemoglobinopatías. * Retinopatía del prematuro. * Síndrome de isquemia ocular. * Telangiectasias. * Retinopatía por radiación. * Vasculitis. * Macroaneurismas. |
| **ENFERMEDADES METABÓLICAS**   * Retinopatía Diabética * Galactosemia * Atrofia girata. * Albinismo. |
| **ENFERMEDADES DEGENERATIVAS**   * Degeneración macular relacionada a la edad seca y húmeda * Miopía. * Degeneraciones periféricas de la retina. * Lesiones Predisponentes * Lesiones No predisponentes |
| **ENFERMEDADES HEREDITARIAS**   * Distrofias tapeto-retinianas: * Retinosis Pigmentaria Pseudorretinosis * Distrofia cono-bastón * Amaurosis congénita de Leber * Distrofias maculares: Stargardt * Best * Fundus flavimaculatus * Distrofias del epitelio pigmentado. * Distrofias coroideas. * Retinosquisis. * Vitreorretinopatía exudativa familiar. |
| **ENFERMEDADES MACULARES**   * Edema Macular * Agujero macular. * Membranas epirretinianas. * Membranas neovasculares. * Coroidorretinopatía serosa central. * Toxicidad. Farmacos * Luz Radiación UV |
| **DESPRENDIMIENTO DE RETINA**   * Regmatógeno. * No regmatógeno. Traccional Exudativo * Seroso * Mixto. |
| **VÍTREO**   * Hialosis asteroides. * Sínquisis centellante (colesterolosis bulbi). Desprendimiento posterior del vítreo. * Malformaciones congénitas. * Persistencia de vítreo primario hiperplásico * Persistencia de arteria hialoidea * Hemorragia vítrea. |
| **TUMORES**   * Malignos. Retinoblastoma * Melanoma maligno * Metástasis * Benignos. Nevos * Hipertrofia congénita del epitelio pigmentado * Melanocitoma * Hamartomas * Angiomatosis retiniana (Von Hippel-Lindau) Osteoma coroideo * Angiomatosis racemosa de la retina (Wysburn-Mason) Angiomatosis encéfalo-trigeminal (Sturge-Weber) * Otros especificar |
| **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**   * Láseres y crioterapia. * Tipos de láser (no térmicos, de coagulación y fotodisrrupción). Técnicas y lentes. * Desprendimiento de retina. * Abordaje externo (exoplantes, técnicas y suturas) Métodos de adhesión coriorretiniana * Abordaje interno * Vitrectomía más Endolaser * Inyecciones intravitreas * Tamponade (taponamiento). * Temporales * Permanentes * Cirugía Combinada Catarata/Retina * Otros Especificar. |
|  |
|  | **REQUISITOS COMPLEMENTARIOS SOBRE 18 PUNTOS** | |
| **8** | **Categoría 8: Horarios de Atención 3 puntos** | |
| 8.1. | El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento: |  |
| a)     Atención de consulta externa |
| b)    Atención de interconsultas en hospitalización |
| c)     Seguimiento a pacientes hospitalizados hasta el alta médica |
| **9** | **Categoría 9: TIEMPO DE RESPUESTA 3 puntos** | |
| 9.1. | Para los casos de servicios normales el tiempo de respuesta será de 24 horas de solicitado el servicio. |  |
| **10** | **Categoría 10: SERVICIOS CONEXOS 3 puntos** | |
| 10.1. | El proponente en redacción propia se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación y acceso a internet, esto con la obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la C.S.B.P. sin costo por esta última. |  |
| **11.** | **Categoría 11 INFORMES 3 puntos** | |
| 11.1 | **Informe Mensual** |  |
| El Contratado deberá presentar un informe mensual donde detalle todas las actividades ejecutadas durante el mes, este informe deberá ser visado y aprobado por Jefatura Medica para acceder a su pago mensual. |
|  | **Otro Tipo De Informes** |  |
| A solicitud, el Contratado tiene la obligación de presentar informes de temas específicos relacionados con los trabajos designados. |
| El proponente adjudicado se compromete a remitir a la Jefatura Médica- Regional de la C.S.B.P. el Informe Médico e Informe de las Juntas Médicas (con sustento médico científico, debidamente firmado y rubricado) en las que participe, en un plazo **no mayor a las 48 horas.** |
| **12.** | **Categoría 12: Compromisos 3 puntos** | |
| 12.1 | Confidencialidad de la información del servicio efectuado la misma que será remitida al CSBP |  |
| 12.2. | El profesional, deberá aceptar las condiciones descritas del pliego de condiciones. |  |

**EVALUACIÓN**

En sesión permanente y reservada la comisión de calificación procederá a evaluar las propuestas presentadas.

* 1. Inicialmente se evaluarán los documentos legales y administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.
  2. Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación legal y administrativa serán sometidas a:

1. Evaluación de la calidad, sobre 60 puntos
2. Evaluación de la propuesta económica, sobre 40 puntos la misma debe ser en relación a arancel médico aunque no es un factor excluyente.
   1. Para la evaluación de la calidad, se identificará la propuesta técnica, evaluando la misma en función a los criterios de calificación establecidos por la unidad solicitante, detallados a continuación:

**CALIFICACION TECNICA SOBRE 60 PUNTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PUNTAJE** | **CRITERIO** |
| **REQUISITOS DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS BASICAS** | 42 | AL CUMPLIMIENTO DE LA TOTALIDAD DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS BASICAS |
| **REQUISITOS DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS COMPLEMENTARIAS** | 18 | CORRESPONDE A LA SUMATORIA DEL PUNTAJE DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS CALIFICABLES |

ANEXOS

**FORMULARIOS DE PROPUESTA**

1. **Formularios para cumplir los requisitos legales y administrativos:**

FORMULARIO Nº A-1

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

FORMULARIO Nº A-2

IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS

FORMULARIO Nº A - 2

IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\*

1. **Formularios para cumplir los requisitos técnicos:**

FORMULARIO Nº C-1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. **Formularios para cumplir los requisitos de la propuesta económica:**

FORMULARIO Nº B-1

PROPUESTA ECONÓMICA

**FORMULARIO Nº A-1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente.-

Ref.; Contrato Marco N° 002/2022

OFTLAMOLOGIA ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS POR EVENTO PARA LA REGIONAL LA PAZ

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 específico de condiciones de la licitación 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 7 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 o Directorio de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

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

c) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

\*Para empresas Unipersonales

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

b) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

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 A-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 A - 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 Nº C-1**

**LOTE N° 1 SERVICIO DE QUIROFANO OFTALMOLOGICO**

| **DETALLE** | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERISTICA OFERTADA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **(Especificar por que no cumple)** |
| **REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE QUIROFANO POR EVENTO, CON UNA VIGENCIA DE 2 AÑOS CALENDARIO (24 MESES)** |  |  |  |  |
| * + 1. **CARACTERISTICAS Y VIGENCIA DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| * Experiencia en la prestación de servicios de Cirugía Oftalmológica. * Realizar la programación seguimiento y cumplimiento de la programación quirúrgica. * Otorgar preferencia y prioridad en la programación quirúrgica solicitados para la población asegurada de la CSBP. * Coordinar con médico especialista y trabajo social sobre aspectos referidos al proceso de atención médica de pacientes transferidos. * Entablar comunicación con Jefatura Médica en aquellos pacientes que requieran un servicio específico solicitado por el médico tratante. * Asistencia en caso que se convoque para junta médica, análisis u otro que Jefatura Médica vea por conveniente. * Manifestar aceptación para la firma de contrato por 24 meses. |  |  |  |  |
| * + 1. **PERFIL ACADEMICO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA** |  |  |  |  |
| 1. Perfil del Profesional: La propuesta deberá señalar el profesional o los profesionales responsables del centro que otorgará el Servicio de quirófano de oftalmología para este fin el proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano. * Título de Especialista en Oftalmología (preferible no excluyente). * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes. * Curriculum Vitae.  1. Especialista Medico anestesiólogo, que cuente con:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano. * Título de Especialista en anestesiología otorgado por el Colegio Médico. * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes. * Matrícula del colegio respectivo * Curriculum vitae documentado  1. Para la presentación de los servicios requeridos el gabinete deberá contar con:  * Personal de apoyo técnico suficiente para cubrir la demanda en el horario de atención propuesto * Curriculum documentado del personal técnico. |  |  |  |  |
| * + 1. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO** |  |  |  |  |
| El proponente deberá contar como mínimo con los siguientes ambientes:   * Quirófano oftalmológico que cumpla con normas de bioseguridad, para la atención ambulatoria de pacientes que requieran la realización de Cirugías, con el equipamiento necesario. * Sala de espera, recepción e información, que cumplan las normas de Bioseguridad para prevención de Covid 19. * Sala de reposo o recuperación para casos necesarios, con condiciones de Bioseguridad adecuadas. * Baño para pacientes.   El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ.  El proponente deberá describir los insumos que proveerá y estarán incorporados en la oferta económica del servicio y los insumos que proveerá la CSBP.  El proponente deberá describir las soluciones antisépticas y desinfectantes a utilizar y el proceso de esterilización que se utilice y os respectivos protocolos de desinfección. |  |  |  |  |
| * + 1. **HORARIOS DE ATENCION** |  |  |  |  |
| **El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento:**   * Lunes a viernes en horarios de la mañana de 08:00 a 12:30 y tarde de 14:00 a 20:00. * Sábados en turno de la mañana Sábados de 09:00 a 12:00. * **Atención de emergencia: A solicitud expresa de la CSBP sin costo adicional las 24 horas del día los 365 días del año.** * **Exclusividad en días de cirugía programada con horario continuo.** |  |  |  |  |
| **Los servicios de quirófano tendrán supervisión directa de Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio y Dirección de Clínica.** |  |  |  |  |
| **E. SERVICIO A CONTRATAR** |  |  |  |  |
| La contratación del servicio quirúrgico incluyen las condiciones adecuadas para la realización de las siguientes cirugías tanto para pacientes adultos como pediátricos:  **CIRUGIAS MAYORES**   1. Cirugía de catarata convencional y facoemulsificación. 2. Cirugía de Glaucoma (trabeculectomias y válvulas) 3. Cirugía de reparación de laceraciones cornéales, conjuntivales y esclerales. 4. Cirugía de parpados. 5. Sondaje vía lagrimal en niño 6. Vitrectomía anterior 7. Implante secundario de lente 8. Queratocono (Crosslinking, Anillos de Ferrara)   **CIRUGIAS MEDIANAS**   1. Inyección Avastine u Eylia 2. Cirugía de Pterigion 3. Cirugía de Sondaje y Lavado de Vías Lacrimales. 4. Plastia puntos lagrimales. 5. Abscesos palpebrales y de saco lagrimal.   **CIRUGIAS MENORES**   1. Cirugía de Drenaje de Orzuelos y Chalacios en niños. 2. Escisiones conjuntivales o de lesiones palpebrales pequeñas. 3. Examen bajo anestesia (en niños).   **El oferetante debe elaborar la propuesta económica para cada tipo de cirugía la cual incluirá: microscopio u otro equipo necesario para el procedimiento, insumos, instrumental y anestesiólogo.** |  |  |  |  |
| **F. SERVICIOS CONEXOS** |  |  |  |  |
| El proponente se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación con capacidad técnica de conexión a Internet (características mínimas de los equipos: memoria 4GB, Windows actualizado y con licencia, procesador I5, Disco Duro con por lo menos 100 GB), esto con la obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la CSBP (consulta externa, protocolo operatorio, hojas de anestesia y otros) toda esta documentación deberá ser remitida a la CSBP dentro de las 24 horas de realizado el procedimiento para que sea incorporado en el expediente clínico.  Deberá realizar el descargo de recetas y emisión de bajas en el sistema SAMI. A tomar en cuenta para el descargo de recetas, emisión de bajas. |  |  |  |  |
| **G. ENTREGA DE INFORMES** |  |  |  |  |
| Los informes deben ser entregados de forma mensual con la documentación de respaldo por cirugías realizadas. |  |  |  |  |
| **H. LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO** |  |  |  |  |
| El proponente deberá contar obligatoriamente con registro y licencia de funcionamiento del consultorio privado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES). |  |  |  |  |

**REQUISITOS CALIFICABLES (sobre 18 puntos)**

| **DETALLE** | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERISTICA OFERTADA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **(Especificar por que no cumple)** |
| **I. ANTECEDENTES (4 PUNTOS)** |  |  |  |  |
| Experiencia en el servicio requerido con otras instituciones, adjuntar documentación que respalde la prestación del servicio.  3 años de experiencia o más 4 puntos  2 años de experiencia 3 puntos  1 año de experiencia 2 puntos |  |  |  |  |
| **J. INFRAESTRUCTURA (6 PUNTOS)** |  |  |  |  |
| Se evaluarán los siguientes aspectos:  Del centro: (2 puntos)   * Acceso y ubicación * Ambientes amplios, acogedores, confortables para los pacientes * Calefacción   Sala de Quirófano: (2 puntos)   * Adecuada (debe estar ubicada en un lugar de fácil acceso, con la posibilidad de evacuación rápida) cumplimiento de normas de bioseguridad. * Amplia.   Sala de reposo o recuperación: (2 puntos)   * Baño privado * Camilla |  |  |  |  |
| **K. EQUIPAMIENTO (8 PUNTOS)** |  |  |  |  |
| Se evaluará la antigüedad de los equipos ofertados.   * Equipos con antigüedad menor a 3 años – 3 puntos * Equipos con antigüedad mayor a 3 años – 2 puntos   Considerar en el equipamiento:   * Vitreófago anterior, paquímetro, equipo para facoemulsificación, e instrumental para anillos de Ferrara. * Disponer de balón de oxígeno, caja de paro y monitor multiparamétrico en sala de quirófano * Disponer de balón de oxígeno, oxímetro y caja de paro en sala de reposo o recuperación. * Otro equipamiento que pueda ofertar   El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ. Se calificarán con 5 puntos y se asignará puntaje inversamente proporcional a las demás ofertas. |  |  |  |  |

**LOTE N° 2 SERVICIO DE MEDICO EXTERNO OFTALMOLOGO SUBESPECIALISTA EN RETINA**

| **DETALLE** | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERISTICA OFERTADA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **(Especificar por que no cumple)** |
| **N°** | **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** |
|  | **REQUISITOS BASICOS SOBRE 42 PUNTOS** | |  |  |  |
| **1.     Categoría 1:** **Requisitos del Servicio** | | |  |  |  |
| 1.1. | PROFESIONAL OFTALMOLOGO CON FORMACION EN RETINOLOGIA |  |  |  |  |
| PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES: Todas las personas naturales o jurídicas, en forma individual o conjunta (consorcio, unión temporal y promesa de sociedad) que tenga dentro de su objeto social o actividad EXPRESAMENTE el objeto de convocatoria de este proceso. |  |  |  |
| 1.2. | **CARGA HORARIA.-** |  |  |  |  |
| **Se requiere una carga horaria de consulta externa de acuerdo a requerimiento institucional**. |  |  |  |
| La carga horaria de atención hospitalaria será de acuerdo a requerimiento institucional. |  |  |  |
| 1.3. | **FUNCIONES.-** |  |  |  |  |
| a)      Aplicar normas, reglamentos y protocolos de atención médica vigentes en la institución y ajustarse a ellos en todos los procesos brindados, sujetos al rigor científico del conocimiento en el campo de la salud. |  |  |  |
| b)      Otorgar servicios médicos integrales en el contexto del modelo institucional, de sus recursos informáticos, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial y preventivo de patologías. |  |  |  |
| ***c)*** Brindar atención médica oportuna personalizada con calidad y calidez a la población asegurada garantizando la eficiencia y eficacia del servicio ***en Consultorio y Hospitalización.*** |  |  |  |
| d)      Resolver problemas de salud utilizando medios de diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con sustento técnico médico. |  |  |  |
| e)      Llenar correctamente toda la documentación administrativa y médica, haciendo énfasis en el registro apropiado y completo de las Historias Clínicas. |  |  |  |
| f)       Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y las políticas del Ministerio de Salud y Deportes, ASUSS y de la institución. |  |  |  |
| g)      Custodiar la documentación institucional (Historias clínicas, exámenes complementarios bajas médicas, etc.) y remitirlas oportunamente al archivo clínico central. |  |  |  |
| h)      Cumplir Puntual y cabalmente con el horario y el tiempo asignado acordado previamente para la atención de la población asegurada. |  |  |  |
| i)        Aportar con criterios técnicos al desarrollo o ejecución de los procesos técnico-médicos |  |  |  |
| j)        Coordinar con Jefatura médica, Jefes de Policonsultorio y Dirección de Clínica todos los temas medico administrativos relacionados con la prestación del servicio. |  |  |  |
| k)      Cumplir con los instructivos, recomendaciones y requerimientos emanados por Jefatura Médica, Jefes de Policonsultorio y Dirección de Clínica. |  |  |  |
| l)        Atención ambulatoria en Consultorio Externo |  |  |  |
| m)     Atención del Paciente hospitalizado |  |  |  |
| n)      Atención de interconsultas de forma ambulatoria y en pacientes internados |  |  |  |
| o)      Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente **con presencia física** **no pudiendo dar indicaciones vía telefónica** para pacientes de consultorio y hospitalizados. |  |  |  |
| p)      Evitar duplicidad en la otorgación de medicamentos y exámenes de apoyo diagnóstico. |  |  |  |
| q)      Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los **formularios correspondientes.** |  |  |  |
| r)       Realizar la referencia y contra referencia oportuna de pacientes así como las interconsultas médicas cuando el caso amerite, adecuándose al procedimiento de gestión establecido, tanto en consultorio como en hospitalización. |  |  |  |
| s)      Participar obligatoriamente en Juntas Médicas a las que fuera convocado. |  |  |  |
| t)       Presentar el “Informe Técnico Médico”. Así como la factura correspondiente. |  |  |  |
| **OBLIGACIONES:** |  |  |  |
| El profesional médico contratado se compromete a: |  |  |  |
| a)     Elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico en ***Consultorio y Hospitalización,*** bajo los siguientes alcances: |  |  |  |
| i.          La Historia Clínica Informatizada completa y de calidad con su respectiva impresión debidamente firmada y rubricada. |  |  |  |
| ii.         Las prescripciones en Formulario 016 *(EXTRA-LINAME)* elaboradas y sustentadas (de acuerdo al reglamento institucional, debidamente firmada y rubricada). Las mismas deben ser autorizadas por Jefes de Policonsultorio y Dirección de Clínica. |  |  |  |
| iii.        Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento ***de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos*** debidamente firmada y rubricada. |  |  |  |
| iv.       Otorgar ***bajas médicas de incapacidad temporal*** identificando el régimen al que corresponde, debidamente firmada y rubricada. |  |  |  |
| v.        Informe médico é informe de juntas médicas en las que participe, ***en un plazo no mayor a las 48 horas*** tal cual establece el Reglamento de Informes y de Juntas Médicas, dichos informes deberán tener un sustento médico científico, debidamente firmada y rubricada. |  |  |  |
| vi.       Elaborar la Epicrisis al egreso del paciente, dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de atención hospitalaria, debidamente firmada y rubricada. |  |  |  |
| vii.      El médico tratante debe asistir a la atención médica de sus pacientes internados para atención Hospitalaria, **hasta antes de las 9:30 a.m.** a fin de emitir órdenes médicas. |  |  |  |
| viii.     ***El Médico tratante da a conocer al paciente y hace firmar el Consentimiento Informado obligatorio,*** previo a proceso de tratamiento médico. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2.     Categoría 2: Experiencia General y Específica** | | |  |  |  |
| 2.1. | **Experiencia del profesional:** |  |  |  |  |
| a)     Medico con título de especialista en Oftalmología con subespecialidad en retinologia, otorgado por una universidad reconocida y ratificado oficialmente por el Colegio Médico. |  |  |  |
| b)    Certificados que avalen la experiencia en su área, que acredite un mínimo de tres a cinco años de experiencia en la especialidad. |  |  |  |
| c)     Habilidad en el manejo de paquetes informáticos. |  |  |  |
| d)    Conocimiento de la normativa establecida por el Ministerio de Salud y Deportes y el ASUSS. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2.2. | **Experiencia Específica del profesional.** |  |  |  |  |
| Contratos de venta de servicios de la especialidad a establecimientos de la seguridad social (**deseable no excluyente**) |  |  |  |
| **3.     Categoría 3: Perfil Académico** | | |  |  |  |
| 3.1. | a)     Título Académico |  |  |  |  |
| b)    Título en Provisional Nacional |  |  |  |
| c)     Diploma de Especialidad y subespecialidad. |  |  |  |
| d)    Certificado de Residencia Médica |  |  |  |
| e)     Matricula profesional en el Ministerio de Salud y Previsión Social |  |  |  |
| f)     Certificado de inscripción en el Colegio Médico Departamental. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **4.     Categoría 4: PLAZO** | | |  |  |  |
| 3.1 | Los servicios a prestar tendrán una duración de 2 años calendarios a partir de la firma del contrato. |  |  |  |  |
| **5.     Categoría 5: INFORME DE BIO ESTADISTICA.-** | | |  |  |  |
| 5.1 | Elaboración del expediente clínico en formato institucional y en el sistema informático de la CSBP, cumpliendo la normativa vigente. |  |  |  |  |
| Presentar el ***“Informe Técnico Médico Mensual”*** que incluya orden de atención de cada consulta e Historia clínica, acompañado de la factura a nombre de la C.S.B.P. |  |  |  |
| La entrega del informe deberá ser remitido indefectiblemente hasta el 5to día hábil del subsiguiente mes. |  |  |  |
| **6.     Categoría 6: Equipamiento** | | |  |  |  |
| 6.1. |  |  |  |  |  |
| 1.     ***Ambiente para atención de consulta externa que sea de fácil acceso, con área de espera, consultorio para examen médico, baño para paciente.*** |  |  |  |
| 2.     ***Contar con registro y licencia de funcionamiento del consultorio privado otorgado por el servicio departamental de Salud (SEDES)*** |  |  |  |
| 6.1.1 | 3. **Debe contar con equipo de computación e impresora conectados a internet para que se pueda instalar el Sistema Informático de atención de la CSBP** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7** | **Categoría 7: Esquema o Plan de Servicio** | |  |  |  |
| 7.1. | **El proponente deberá prestar servicios para las siguientes patologías mínimamente:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **PATOLOGÍA:** |  |  |  |
| **ENFERMEDADES VASCULARES**   * Retinopatía diabética. * Retinopatía hipertensiva. * Oclusiones vasculares. * Arteriales * Venosas * Retinopatía por hemoglobinopatías. * Retinopatía del prematuro. * Síndrome de isquemia ocular. * Telangiectasias. * Retinopatía por radiación. * Vasculitis. * Macroaneurismas. |  |  |  |
| **ENFERMEDADES METABÓLICAS**   * Retinopatía Diabética * Galactosemia * Atrofia girata. * Albinismo. |  |  |  |
| **ENFERMEDADES DEGENERATIVAS**   * Degeneración macular relacionada a la edad seca y húmeda * Miopía. * Degeneraciones periféricas de la retina. * Lesiones Predisponentes * Lesiones No predisponentes |  |  |  |
| **ENFERMEDADES HEREDITARIAS**   * Distrofias tapeto-retinianas: * Retinosis Pigmentaria Pseudorretinosis * Distrofia cono-bastón * Amaurosis congénita de Leber * Distrofias maculares: Stargardt * Best * Fundus flavimaculatus * Distrofias del epitelio pigmentado. * Distrofias coroideas. * Retinosquisis. * Vitreorretinopatía exudativa familiar. |  |  |  |
| **ENFERMEDADES MACULARES**   * Edema Macular * Agujero macular. * Membranas epirretinianas. * Membranas neovasculares. * Coroidorretinopatía serosa central. * Toxicidad. Farmacos * Luz Radiación UV |  |  |  |
| **DESPRENDIMIENTO DE RETINA**   * Regmatógeno. * No regmatógeno. Traccional Exudativo * Seroso * Mixto. |  |  |  |
| **VÍTREO**   * Hialosis asteroides. * Sínquisis centellante (colesterolosis bulbi). Desprendimiento posterior del vítreo. * Malformaciones congénitas. * Persistencia de vítreo primario hiperplásico * Persistencia de arteria hialoidea * Hemorragia vítrea. |  |  |  |
| **TUMORES**   * Malignos. Retinoblastoma * Melanoma maligno * Metástasis * Benignos. Nevos * Hipertrofia congénita del epitelio pigmentado * Melanocitoma * Hamartomas * Angiomatosis retiniana (Von Hippel-Lindau) Osteoma coroideo * Angiomatosis racemosa de la retina (Wysburn-Mason) Angiomatosis encéfalo-trigeminal (Sturge-Weber) * Otros especificar |  |  |  |
| **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**   * Láseres y crioterapia. * Tipos de láser (no térmicos, de coagulación y fotodisrrupción). Técnicas y lentes. * Desprendimiento de retina. * Abordaje externo (exoplantes, técnicas y suturas) Métodos de adhesión coriorretiniana * Abordaje interno * Vitrectomía más Endolaser * Inyecciones intravitreas * Tamponade (taponamiento). * Temporales * Permanentes * Cirugía Combinada Catarata/Retina * Otros Especificar. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **REQUISITOS COMPLEMENTARIOS SOBRE 18 PUNTOS** | |  |  |  |
| **8** | **Categoría 8: Horarios de Atención 3 puntos** | |  |  |  |
| 8.1. | El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento: |  |  |  |  |
| a)     Atención de consulta externa |  |  |  |
| b)    Atención de interconsultas en hospitalización |  |  |  |
| c)     Seguimiento a pacientes hospitalizados hasta el alta médica |  |  |  |
| **9** | **Categoría 9: TIEMPO DE RESPUESTA 3 puntos** | |  |  |  |
| 9.1. | Para los casos de servicios normales el tiempo de respuesta será de 24 horas de solicitado el servicio. |  |  |  |  |
| **10** | **Categoría 10: SERVICIOS CONEXOS 3 puntos** | |  |  |  |
| 10.1. | El proponente en redacción propia se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación y acceso a internet, esto con la obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la C.S.B.P. sin costo por esta última. |  |  |  |  |
| **11.** | **Categoría 11 INFORMES 3 puntos** | |  |  |  |
| 11.1 | **Informe Mensual** |  |  |  |  |
| El Contratado deberá presentar un informe mensual donde detalle todas las actividades ejecutadas durante el mes, este informe deberá ser visado y aprobado por Jefatura Medica para acceder a su pago mensual. |  |  |  |
|  | **Otro Tipo De Informes** |  |  |  |  |
| A solicitud, el Contratado tiene la obligación de presentar informes de temas específicos relacionados con los trabajos designados. |  |  |  |
| El proponente adjudicado se compromete a remitir a la Jefatura Médica- Regional de la C.S.B.P. el Informe Médico e Informe de las Juntas Médicas (con sustento médico científico, debidamente firmado y rubricado) en las que participe, en un plazo **no mayor a las 48 horas.** |  |  |  |
| **12.** | **Categoría 12: Compromisos 3 puntos** | |  |  |  |
| 12.1 | Confidencialidad de la información del servicio efectuado la misma que será remitida al CSBP |  |  |  |  |
| 12.2. | El profesional, deberá aceptar las condiciones descritas del pliego de condiciones. |  |  |  |  |

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

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

**FORMULARIO Nº B-1**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

| **LOTE Nº** | **DETALLE DEL O LOS SERVICIOS REQUERIDOS** | **PRECIO UNITARIO (Bs.)** |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **SERVICIO DE QUIROGANO OFTALMOLOGICO POR EVENTO** |  |
| **CIRUGIAS MAYORES**   * Cirugía de catarata convencional y facoemulsificación. * Cirugía de Glaucoma (trabeculectomias y válvulas) * Cirugía de reparación de laceraciones cornéales, conjuntivales y esclerales. * Cirugía de parpados. * Sondaje vía lagrimal en niño * Vitrectomía anterior * Implante secundario de lente * Queratocono (Crosslinking, Anillos de Ferrara) |  |
| **CIRUGIAS MEDIANAS**   * Inyección Avastine u Eylia * Cirugía de Pterigion * Cirugía de Sondaje y Lavado de Vías Lacrimales. * Plastia puntos lagrimales. * Abscesos palpebrales y de saco lagrimal. |  |
| **CIRUGIAS MENORES**   * Cirugía de Drenaje de Orzuelos y Chalacios en niños. * Escisiones conjuntivales o de lesiones palpebrales pequeñas. * Examen bajo anestesia (en niños). |  |
| **2.** | **SERVICIO MEDICO EXTERNO OFTALMOLOGO SUBESPECIALISTA EN RETINA** |  |
|  | **ENFERMEDADES VASCULARES**   * Retinopatía diabética. * Retinopatía hipertensiva. * Oclusiones vasculares. * Arteriales * Venosas * Retinopatía por hemoglobinopatías. * Retinopatía del prematuro. * Síndrome de isquemia ocular. * Telangiectasias. * Retinopatía por radiación. * Vasculitis. * Macroaneurismas. |  |
|  | **ENFERMEDADES METABÓLICAS**   * Retinopatía Diabética * Galactosemia * Atrofia girata.   Albinismo. |  |
|  | **ENFERMEDADES DEGENERATIVAS**   * Degeneración macular relacionada a la edad seca y húmeda * Miopía. * Degeneraciones periféricas de la retina. * Lesiones Predisponentes   Lesiones No predisponentes |  |
|  | **ENFERMEDADES HEREDITARIAS**   * Distrofias tapeto-retinianas: * Retinosis Pigmentaria Pseudorretinosis * Distrofia cono-bastón * Amaurosis congénita de Leber * Distrofias maculares: Stargardt * Best * Fundus flavimaculatus * Distrofias del epitelio pigmentado. * Distrofias coroideas. * Retinosquisis.   Vitreorretinopatía exudativa familiar. |  |
|  | **ENFERMEDADES MACULARES**   * Edema Macular * Agujero macular. * Membranas epirretinianas. * Membranas neovasculares. * Coroidorretinopatía serosa central. * Toxicidad. Farmacos   Luz Radiación UV |  |
|  | **DESPRENDIMIENTO DE RETINA**   * Regmatógeno. * No regmatógeno. Traccional Exudativo * Seroso   Mixto. |  |
|  | **VÍTREO**   * Hialosis asteroides. * Sínquisis centellante (colesterolosis bulbi). Desprendimiento posterior del vítreo. * Malformaciones congénitas. * Persistencia de vítreo primario hiperplásico * Persistencia de arteria hialoidea   Hemorragia vítrea. |  |
|  | **TUMORES**   * Malignos. Retinoblastoma * Melanoma maligno * Metástasis * Benignos. Nevos * Hipertrofia congénita del epitelio pigmentado * Melanocitoma * Hamartomas * Angiomatosis retiniana (Von Hippel-Lindau) Osteoma coroideo * Angiomatosis racemosa de la retina (Wysburn-Mason) Angiomatosis encéfalo-trigeminal (Sturge-Weber)   Otros especificar |  |
|  | **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**   * Láseres y crioterapia. * Tipos de láser (no térmicos, de coagulación y fotodisrrupción). Técnicas y lentes. * Desprendimiento de retina. * Abordaje externo (exoplantes, técnicas y suturas) Métodos de adhesión coriorretiniana * Abordaje interno * Vitrectomía más Endolaser * Inyecciones intravitreas * Tamponade (taponamiento). * Temporales * Permanentes * Cirugía Combinada Catarata/Retina   Otros Especificar. |  |

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

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

FORMULARIOS PARA SER UTILIZADOS POR LOS EMPLEADOS DE LA CSBP

**FORMULARIO E-1**

**PRESENTACIÓN / VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS EN LA**

**PROPUESTA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DETALLE | PRESENTACION  ACTO DE APERTURA | | | VERIFICACION  SESION RESERVADA | | |
| PRESENTO | | PAGINA  Nº | CUMPLE | | OBSERVACIONES |
| SI | NO | SI | NO |
| DOCUMENTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS |  |  |  |  |  |  |
| 1. Formulario Nº A-1**.** Carta de presentación de la propuesta y declaración jurada para proponentes o Asociaciones Accidentales |  |  |  |  |  |  |
| 1. Formulario NºA- 2 Identificación del Proponente |  |  |  |  |  |  |
| **PROPUESTA TÉCNICA** |  |  |  |  |  |  |
| 1. Formulario Nº C-1 Especificaciones Técnicas |  |  |  |  |  |  |
| **PROPUESTA ECONÓMICA** |  |  |  |  |  |  |
| 1. Formulario Nº B-1 Propuesta Económica |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**FORMULARIO E-2**

**EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

**(para el sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y COSTO)**

**DESCRIPCIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PROPONENTE | PUNTAJE PROPUESTA TÉCNICA | PUNTAJE PROPUESTA ECONÓMICA | PUNTAJE TOTAL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## CITE:LP-AL-CONT-000-0000

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICOS (MODELO)

Conste por el presente documento privado, el mismo que podrá ser elevado a instrumento público previo reconocimiento de firmas y rúbricas ante autoridad competente, un Contrato de **……………….**, suscrito al tenor de las siguientes cláusulas:

**primera** (***De Las Partes***).- Son partes suscribientes del presente contrato:

1. La **Caja de Salud de la Banca Privada – Administración Regional La Paz**, ente gestor del Sistema Nacional del Seguro Social de Salud, representada legalmente en forma conjunta por su Administrador Regional, ***Lic. …….*** con C.I.Nº2456347 L.P. y por la ***Dra. ……..*** con C.I.Nº…. , Jefe Médico Regional, en virtud del Poder Notarial Nº…. de ….de … de 2.., otorgado por ante la Notaría de Fe Pública de 1ª Clase Nº… de esta ciudad, a cargo de la Dra. ………; que en adelante se denominará “**caja**”.
2. El ………….., representado legalmente por el ***Dr………..***, mayor de edad, hábil por derecho, con C.I. N°……..., en virtud del Poder General de Administración Nº…. conferido en fecha …de diciembre de … por ante Notaría de Fe Pública Nº… de esta ciudad, a cargo de la Dra. …..; que en adelante se denominará “……”.

**segunda** (**antecedentes**).- Mediante

**tercera** (***Objeto***).- La presente relación contractual tiene por objeto la prestación de Servicios …………. por parte de la …….., en favor de la población asegurada de la **caja**, en conformidad a la propuesta presentada por la ….., …, documentación que forma parte integrante y constitutiva del presente contrato, sin necesidad de ser transcrita.

**cuarta** (***Precio***).- La **caja** pagará a la ………. por los servicios ……., los siguientes precios, en conformidad a la propuesta.

**quinta** (***Forma de Pago***).- La **caja** pagará a la …. por los servicios estudios ….. prestados a su población asegurada, los precios estipulados en la cláusula precedente, contra presentación de las notas fiscales respectivas a cada uno de ellos.

A dicho efecto, la …….. deberá presentar el ….. para el pago, junto a…. y cualquier otra documentación que fuere pertinente; documentación que deberá ser aprobada por la **caja.**.

**sexta** (***Servicios***).- De acuerdo a la Propuesta Adjudicada, se transcribe a continuación los ……… que la … prestará a la población asegurada de la **caja**:

La **caja** pagará a la … los servicios referidos, de acuerdo a los precios estipulados en la …. del presente contrato.

**séptima** (***Lugares de Atención***).- ... prestarán el servicio a la **caja**, en:

**octava** (***Vigencia y Renovación***).- El presente contrato tendrá una vigencia de …. años a partir del …de … de … al … de … de …, pudiendo ser renovado por un periodo similar.

**novena** (***Garantía***).- La ……….. garantiza el cumplimiento de las obligaciones que contrate en virtud de la presente relación contractual, con la ………..a orden de la Caja de Salud de la Banca Privada, con vigencia al ………de ….de ..; la misma que será ejecutada sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial alguno, ante el incumplimiento contractual. (NO CORRESPONDE)

La …se encuentra obligada a renovar la citada ….a su vencimiento, a efectos de mantener la garantía vigente durante el periodo de vigencia del presente contrato.

**décima 58**(***Multas***).- La **caja** sancionará a la …….. por el incumplimiento de sus obligaciones contractuales emergentes del presente documento, con una multa del cero punto tres por ciento (0.3%) del monto total del contrato; sanción que será deducida del pago mensual correspondiente.

**décimo primera** (***Causas de Fuerza Mayor y/o Caso Fortuito***).- Con el fin de exceptuar a la …….. de responsabilidad por incumplimiento en la prestación de los servicios contratados, la **caja** se encuentra facultada para calificar las causas de *Fuerza Mayor y/o Caso Fortuito* que pudieran tener efectiva incidencia sobre el cumplimiento de las obligaciones contractuales. A dicho efecto, la ……., para que cualquiera de dichos hechos pudieran constituir justificación del impedimento referido, deberá acreditarlos documentalmente.

**décimo segunda** (***Resolución***).- El presente contrato será resuelto por las causales establecidas por ley. Igualmente, constituye causal de resolución si el monto de la sanciones impuestas alcanzaren al 20% del monto total del contrato, siendo facultativo para la **caja**si alcanzare el 10%.

Asimismo, por decisión de la **caja**, previo aviso escrito con 30 días calendario de anticipación.

**décimo tercera** (***Prohibición de Subrogación***).-La …. no podrá ceder, transferir o subrogar, total o parcialmente, las obligaciones emergentes del presente contrato, bajo ningún título; debiendo cumplir las mismas con calidad, eficacia y eficiencia.

**décimo cuarta** (***Responsabilidad por el Servicio****)*.-La …….., en casos comprobados de haber incurrido en error, omisión o mala atención a la población asegurada de la **caja**, asumirá plenamente la responsabilidad que genere la prestación de sus servicios médicos, a efectos del resarcimiento del daño ocasionado.

**décimo quinta** (***Documentos Integrantes del Contrato***).-Son parte integrante y constitutiva del presente contrato, sin necesidad de ser transcritos, los siguientes documentos:

* Reglamento de Administración de Bienes, Obras y Servicios de la Caja de Salud de la Banca Privada.

**décimo octava** (***Aceptación***).- Las partes contratantes declaran conocer todas y cada una de las cláusulas precedentes, y dando su aceptación, consentimiento y plena conformidad con las mismas, se comprometen a su fiel y estricto cumplimiento, en cuya constancia firman al pie del presente contrato.

Es firmado en la ciudad de La Paz, a los ………días del mes de …………. del año dos mil…………….

…………………………………….. ………………………………

**administrador regional c.s.b.p. jefe médico regional c.s.b.p.**

………….

**representante legal**