**CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **INVITACIÓN PÚBLICA LP-INV-01-2022**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Invitación Pública |
| Forma de adjudicación: POR EL TOTAL |
| 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. 2261 |

**SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 16/02/2022 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:  21/02/2022 | Hasta  Hrs.16:30 | Dirigidas a:  [proveedores@csbp.com.bo](mailto:proveedores@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:  23/02/2022 | Hasta  Hrs.10:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  **ID 739 9865 5807**  **CODIGO DE ACCESO CSBP** |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  04/03/2022 | Hasta:  14:00 | **Presentación Física:**  Calle Federico Zuazo Esq. Reyes Ortiz Edificio Gundlach (Anexo) P1 Recepción |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta:  04/03/2022 | Hasta:  14:15 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  **ID 739 9865 5807**  **CODIGO DE ACCESO CSBP** |
| 7 | Resultado Del Proceso | Hasta: 18/03/2022 | | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.** * Experiencia del Proponente Formulario N°3, en **original.** * **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento o Póliza de Garantía a Primer Requerimieto ,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el monto equivalente al uno por ciento (1.0%) del valor de la propuesta económica presentada**,** con validez de **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas, con** característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.   Ejecución: esta garantía será ejecutada:   * Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas. * Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta. * Cuando el proponente adjudicado no presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato * Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.   Devolución: esta garantía será devuelta:   * Al proponente adjudicado, cuando entregue la garantía de cumplimiento de contrato * A los otros proponentes, una vez suscrito el contrato * Después de la declaratoria desierta de la convocatoria * Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N°4** de Términos de Referencia, identificado en los Anexos de este documento, **en original**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN**   * La propuesta económica debe ser presentada en los Formularios N°5 y N°6 Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. 3. Para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS** | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.  La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.  El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.  No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.  La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física.  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **REGIONAL LA PAZ,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***Edif. Gundlach P1 RECEPCIÓN***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: LP-**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**  **No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**  Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante  nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá  solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o  complementaciones a la misma.  Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.  Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.  El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continua  participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora  límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución  del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución  en el Libro de Actas o Registro Electrónico.  La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Garantía de seriedad de Propuesta. 4. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 5. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria (Fianza Bancaria) de Seriedad de Propuesta. 9. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 10. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **CALIDAD Y COSTO.**  Inicialmente se evaluarán los documentos administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.  Si el proponente hubiese omitido la presentación de algún documento administrativo que sea considerado error subsanable, solicitará al proponente el mencionado documento para que presente en el plazo de tres (3) días hábiles.  Recibido el documento en el plazo establecido, la Comisión de Calificación continuará con la evaluación correspondiente.  Si transcurridos los tres (3 días) hábiles el proponente no envía la documentación solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta.  Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación administrativa serán sometidas a:   1. Evaluación de la calidad, sobre 60 puntos 2. Evaluación de la propuesta económica, sobre 40 puntos   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: |
| 1. **OBJETIVO** | Este sistema está diseñado a seleccionar las propuestas que cumplan con toda la documentación requerida y aprueben la calificación técnica y económica, con la finalidad de elegir la propuesta más conveniente a los intereses de la CSBP.  Asimismo, en caso de haber alcanzado dos propuestas la misma calificación final, se dará prioridad al producto de industria farmacéutica nacional, recomendando su adjudicación.  El procedimiento contempla dos etapas, la primera relacionada con la calificación económica con una ponderación de treinta puntos (40) y la segunda con el análisis de Condiciones Legales, Administrativas y Calificación Técnica, con una ponderación de setenta puntos (60).   |  |  | | --- | --- | | **FACTORES A CALIFICAR** | **PUNTAJE** | | Propuesta Económica | 40 | | Propuesta Técnica | 60 | | **Puntaje Total** | **100** | |
| 1. **METODOLOGIA** | **Evaluación de la Propuesta Económica**  Comprenderá la evaluación del precio propuesto, se verificará el resultado de los costos unitarios por las cantidades requeridas y/o el monto total propuesto (leído en la apertura). Cuando exista diferencias entre el monto literal y numeral de la propuesta económica, prevalece el literal sobre el numeral.  Si en el monto total propuesto se determina una diferencia superior al dos por ciento (2%) del monto obtenido en la revisión aritmética, la propuesta será descalificada.  Cuando la diferencia sea menor al dos por ciento (2%), la Comisión de Calificación adoptará el monto obtenido en la revisión aritmética como el monto válido de la propuesta.  La calificación de la propuesta económica se efectuará utilizando el criterio del precio evaluado más bajo, asignando a ésta 40 puntos, al resto en forma proporcional de acuerdo a la formula siguiente:   |  | | --- | | **PEP = (MPO/PP)x30** |   **Dónde:**  **PEP  = Precio evaluado de la Propuesta**  **MPO = Menor Precio Ofertado**  **PP     = Precio Propuesto**  **30     = Puntaje asignado** |
| 1. **EVALUACIÓN TECNICA** | **Calificación propuesta técnica:**  La calificación de las Términos de Referencia del Servicio, se realizará asignando puntuación, considerando los siguientes aspectos:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Inciso** | **Detalle** | **Puntaje** | | A | Requisitos Solicitados | 40 | | B | Requisitos Complementarios | 20 | | B.1 | Experiencia en la Especialidad | 12 | | B.1 | Experiencia especifica en UTI | 8 | |  | **PUNTAJE TOTAL** | **60** |   **Puntuación mínima de calificación técnica:**  Se establece el puntaje mínimo la calificación de 55 puntos, la misma que permitirá su habilitación. |
| 1. **CALIFICACION FINAL** | La Comisión de Calificación emitirá el Informe Final de evaluación recomendando la adjudicación a la propuesta mejor calificada, sin que necesariamente sea aquella cuyo precio ofertado y leído en el acto de apertura fue el más bajo.  El puntaje final se obtendrá sumando los puntajes obtenidos en la evaluación de la oferta técnica y la oferta económica.  El procedimiento para la evaluación de la propuesta técnica (calidad) y propuesta económica; así como la obtención del puntaje final se repetirá para todos y cada uno de los ítems requeridos.  La Comisión de Calificación recomendará la adjudicación del Servicio que tengan la propuesta con el MAYOR PUNTAJE resultante de la suma obtenida en la evaluación técnica y la evaluación económica. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION** | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas técnicas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo de veinticinco (10) días hábiles, los cuales podrán ser ampliados según la necesidad de la CSBP o por temas de fuerza mayor o caso fortuito.  Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.  En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN** | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:   1. Nómina de los proponentes y precios ofertados 2. Cuadros comparativos 3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica 4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia. 5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda. 6. Detalle de inhabilitación de propuestas, ítems o lotes, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de aclaración o declaratoria desierta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **SUSCRIPCION DE CONTRATO** | |
| 1. **GARANTIA O POLIZA A PRIMER REQUERIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO** | Tiene por objeto garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato. Su monto debe ser equivalente al 7% (siete por ciento) del valor total del contrato y vigente desde la fecha fijada para la firma del contrato hasta 30 días calendario posteriores al mismo, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.  Esta garantía será devuelta, cumplido el plazo de validez de la misma (360 días calendario), existiendo conformidad de la Unidad Solicitante.  La CSBP ejecutará esta garantía por incumplimiento de las cláusulas específicamente pactadas en el contrato o cuando el proveedor no cumpla con la renovación en el plazo señalado por la CSBP. |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta, además de la Garantía de Cumplimiento de Contrato descrita en el punto anterior.  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. **MODIFICACIONES AL CONTRATO** | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios. |

**PARTE V**

**TERMINOS DE REFERENCIA**

**SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS**

1. **Objetivo de la Contratación:**

Los profesionales ofertantes bajo esta modalidad (monto fijo y semipresencial) otorgaran servicios de salud en la especialidad solicitada (Mínimamente 4 profesionales intensivistas), ***en Hospitalización*** a la población asegurada, beneficiaria de la C.S.B.P y en caso de venta de servicios; con características de integralidad, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, calidad y calidez, en el marco de las políticas y normas institucionales.

1. **Resultados Esperados Hospitalización:**

* Registro de órdenes médicas hasta antes de las 9:30 AM.
* Seguimiento de los pacientes internados en terapia intensiva, cuando son remitidos de emergencias o salas de internación, como responsables del ingreso, seguimiento y alta correspondiente, con responsabilidad del proceso de atención medico/quirúrgico hasta el egreso o alta.

1. **Modalidad:**

La modalidad será **SEMIPRESENCIAL**, es decir 12 horas con presencia física ( De 8:00 a 20:00) y 12 horas ha llamado en horario nocturno, de lunes a domingo

**Medicina Crítica :**

La atención médica comprende:

1. Respuesta a la Interconsulta de la especialidad, la que debe ser realizada en un tiempo no mayor a 30 minutos después de haber sido realizada la interconsulta en cualquiera de las áreas de la clínica.
2. Valoración de las urgencias médicas, junto a la guardia médica, en forma presencial.
3. Atención médica personalizada en pacientes internados en la unidad hasta dar el alta respectiva.
4. Seguimiento en caso necesario a los pacientes hospitalizados dados de alta de la UTI
5. Registro de órdenes, evoluciones y otros documentos clínicos en el Software médico
6. **Especificaciones Técnicas que deben cumplir (según el siguiente cuadro)**

| **N°** | **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** |
| --- | --- | --- |
| * 1. **Requisitos del Servicio** | | |
| 1.1. | 1. Perfil de los profesionales especialistas en Terapia Intensiva: La propuesta deberá señalar los profesionales que otorgaran el Servicio de Atención de Terapia intensiva, para este fin el consorcio proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano. * Título de Especialista en Medicina Critica y/o Terapia avalado por el Colegio Médico respectivo. * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes. * Certificado de inscripción en el colegio medico departamental.  1. Mínimamente 4 profesionales intensivistas 2. No ser incompatible por superposición horaria. 3. Capacidad de trabajo en equipo. 4. Sólidos valores en ética profesional. |  |
| 1.2 | **FUNCIONES.-**   1. 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. 2. 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. 3. Brindar atención médica oportuna personalizada con calidad y calidez a la población asegurada garantizando la eficiencia y eficacia del servicio ***en Hospitalización.*** 4. Realizar evaluaciones y toma de decisiones durante las 24 Horas del día en todo enfermo crítico internado 5. Realizar el pase de guardia entre los médicos saliente y entrante de los enfermos críticos internados en la unidad 6. Solicitar valoraciones a las diferentes especialidades de manera oportuna y precoz de acuerdo a cada caso en particular. 7. Brindar información correcta y oportuna al paciente (si corresponde), familiares, o representantes legales, sobre la dolencia, patología, manejo y pronóstico siguiendo la normativa institucional y nacional. 8. Resolver problemas de salud utilizando medios de diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con sustento técnico médico. 9. Llenar correctamente toda la documentación administrativa y médica (formularios de evolución diaria, receta de hospitalización, formulario 0-16, solicitud de exámenes complementarios y auxiliares, interconsultas, certificado de incapacidad temporal, epicrisis, certificado de defunción y otra documentación institucional) haciendo énfasis en el registro apropiado y completo en las Historias Clínicas. 10. Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y las políticas del Ministerio de Salud y Deportes, ASUSS y de la institución. 11. Cumplir Puntual y cabalmente con el horario y el tiempo asignado acordado previamente para la atención de la población asegurada. 12. Aportar con criterios técnicos al desarrollo o ejecución de los procesos técnico-médicos 13. Coordinar con las diferentes Jefaturas de Servicio, Subdirección Administrativa, Dirección de Clinica y en caso necesario con Jefatura Médica Regional los temas médico administrativos relacionados con la prestación del servicio. 14. Cumplir con los instructivos, recomendaciones y requerimientos emanados por Subdirección administrativa de Clínica, Dirección de Clínica y Jefatura Médica. 15. Atención de todas las interconsultas en el tiempo establecido. 16. Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente **con presencia física,** **no pudiendo dar indicaciones vía telefónica** 17. Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y políticas de la institución y la autoridad competente, velando porque no le falte la medicación al asegurado. 18. Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los **formularios correspondientes.** 19. Realizar la referencia y contra referencia oportuna de pacientes así como las interconsultas médicas y transferencias a los servicios, cuando el caso amerite, adecuándose al procedimiento de gestión establecido. 20. Participar obligatoriamente en Juntas Médicas a las que fuera convocado o convocar en caso que amerite la situación. 21. Realizar Informes Médicos solicitados por la Autoridad competente en un lapso de 48 horas. 22. Cumplir de manera estricta y obligatoria con las normas de bioseguridad según el área de atención de acuerdo a normativa institucional. 23. Registrar los diagnósticos y codificarlos de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) en los registros de atención correspondientes 24. Colaborar en la capacitación continua del personal paramédico que trabaja en la Unidad. 25. Ser parte fundamental en la mejora continua de la calidad de atención a enfermos en estado crítico internados en la unidad. 26. Acudir a valoración de nuestros asegurados que por algún motivo se encuentren hospitalizados en Centros externos y requieran la evaluación de la especialidad. 27. Participar de manera activa en la formación de médicos Residentes rotantes por el servicio. 28. Realizar el consentimiento informado para el ingreso a la unidad de terapia intensiva, hacerlo firmar y realizar consentimientos en caso de, tratamientos médicos o procedimientos invasivos que impliquen riesgo. 29. Presentar el “Informe Técnico Médico” para preparar  y tramitar la remuneración mensual. así como la nota fiscal correspondiente, incluido el último día hábil del mes. 30. Seguimiento a pacientes hospitalizados hasta el alta de terapia intensiva y en caso necesario se realizará seguimiento a pacientes dados de alta a otro servicio.   **OBLIGACIONES:**  Los profesionales médicos contratados se comprometen a:   1. Elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico en ***Hospitalización,*** bajo los siguientes alcances: 2. La Historia Clínica Informatizada completa y de calidad con su respectiva impresión debidamente firmada y rubricada. 3. Las prescripciones en *(Formulario 016 EXTRA-LINAME)* elaboradas y sustentadas (de acuerdo a reglamento institucional, debidamente firmada y rubricada). 4. Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento ***de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos.*** debidamente firmada y rubricada. 5. Otorgar ***bajas médicas de incapacidad temporal*** identificando el régimen al que corresponde, debidamente firmada y rubricada. 6. 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. 7. ***Elaborar la Nota de alta de UTI,*** al egreso del paciente, cuando éste es dado de alta hacia otro servicio (cirugía, medicina, ginecología, etc) o ***elaborar la EPICRISIS*** cuando el paciente tenga alta por fallecimiento, dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de atención hospitalaria, debidamente firmada y rubricada. 8. Las indicaciones médicas y la primera visita del día deberá realizarse, **hasta antes de las 9:30 a.m.** a fin de emitir órdenes médicas.   El número de evoluciones diarias serán en mínimo de 3 y según las veces que sean necesarias   1. ***Realizar el consentimiento informado para el ingreso a la unidad de terapia intensiva, hacerlo firmar y realizar consentimientos en caso de,*** tratamientos médicos o procedimientos invasivos que impliquen riesgo. 2. ***Todas las indicaciones médicas deben ser realizadas de forma personalizada y NO PUDIENDO DAR INDICACIONES VIA TELEFÓNICA*** 3. Acudir a todas las valoraciones solicitadas en un tiempo no mayor a 30 minutos luego de haber sido comunicado sobre esta valoración desde cualquier área de la clínica.   ***De la supervisión y control***  La actividad del profesional será evaluada y supervisada por Dirección de Clínica en forma periódica y en caso necesario por Jefatura Médica Regional.   1. La CSBP desarrollara, designará y/o determinará medios e instrumentos que puedan ayudarle a concluir o verificar que el profesional contratado ha cumplido con la venta de servicios de acuerdo a las horas requeridas por la C.S.B.P. 2. La CSBP., de acuerdo a sus políticas institucionales, implementara mecanismos de control y evaluación de la calidad de la atención médica |  |
| * 1. **Experiencia General y Específica** | | |
| 2.1. | **Experiencia General**   1. Certificados que avalen la experiencia en su área, que acredite un mínimo de dos a cinco años de experiencia en la especialidad. |  |
| 2.2. | **Experiencia Específica del profesional.**   1. Contrato de venta de servicios profesionales de terapia intensiva a establecimientos de salud privada, pública o de la seguridad social (Deseable). |  |
| * 1. **PLAZO** | | |
| 3.1 | Los servicios a prestar tendrán una duración de 2 años calendarios a partir de la firma del contrato. |  |
| * 1. **INFORME DE BIO ESTADISTICA.-** | | |
| 4.1 | 1. Elaboración del expediente clínico en formato institucional y en el sistema informático de la CSBP, cumpliendo la normativa vigente. 2. 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. 3. La entrega del informe deberá ser remitido indefectiblemente hasta el 5to día hábil del subsiguiente mes. |  |
| **5.** | **HORARIOS DE ATENCIÓN** | |
| 5.1 | 1. La modalidad es SEMIPRESENCIAL, por lo que 12 horas será con presencia física en el horario de 8:00 a 20:00 DE Lunes a Domingo y las restantes 12 horas ha llamado, con el registro de biométrico del personal que conforma al consorcio, situación que no incluye ni genera ninguna relación laboral 2. Los profesionales deben acudir a todas las valoraciones solicitadas en un tiempo no mayor a 30 minutos luego de haber sido comunicado sobre esta valoración. 3. Se debe realizar mínimo 3 evoluciones médicas durante el día por paciente; sin embargo es de responsabilidad del servicio la toma de decisiciones en el enfermo crítico las 24 horas del día. |  |
| 6. | **HONORARIOS** |  |
|  | MODALIDAD – MÍNIMAMENTE 4 MÉDICOS INTENSIVISTAS (Guardia semipresencial de acuerdo al punto 3)  Atención de 6 camas U.T.I. con monto fijo  Atención de camas adicionales con monto a definir. |  |

**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | EXPERIENCIA DEL PROPONENTE  (DECLARACIÓN JURADA DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA) |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA DE TERMINOS DE REFERENCIA  DEL SERVICIO REQUERIDO |
| **FORMULARIO 5** | MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA |
| **FORMULARIO 6** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Invitación Pública LP-INV-01-2022**

**Servicio de Terapia Intensiva Adultos**

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

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

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

c) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

\*Para empresas Unipersonales

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

b) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

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

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

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

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

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

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

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

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

1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

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

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

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

1. Documento que lo acredita como representante legal

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

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

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

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

**FORMULARIO N°3**

**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE**

**(DECLARACIÓN JURADA DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA)**

***(Fecha)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente

**Ref.: Invitación Pública LP-INV-01-2022**

**Servicio de Terapia Intensiva Adultos**

Estimados señores:

Declaro expresamente que la empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el nombre de la empresa a***

***la que representa para participar en la Invitación Pública de referencia)*** cuenta con una experiencia de: ***(solo si fue solicitado en las Términos de Referencia del PC)***

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

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

La CSBP considerará que una empresa ha cumplido con la experiencia específica requerida, si la misma cuenta con experiencia de ……… años

***(En caso de Asociaciones Accidentales, el primer párrafo deberá cambiarse por el***

***Siguiente texto: “Declaramos expresamente que cada uno de los socios de la asociación accidental\_\_\_\_\_\_\_ (indicar el nombre de cada uno de los socios a los que se representa), contamos con una experiencia de:”).***

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

***(Firma del Representante Legal)***

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

***(Nombre del Representante Legal)***

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA DE TERMINOS DE REFERENCIA**

Los proponentes deberán llenar solamente la columna “propuesta” de acuerdo a los requisitos solicitados. Asimismo, deberán adjuntar la documentación respaldatoria que corresponda y firmar al pie del formulario.

| **Nº** | **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **(ESPECIFICAR PORQUE NO CUMPLE)** |
| **1.Requisitos del Servicio** | | |  |  |  |
| 1.1. | a) Perfil de los profesionales especialistas en Terapia Intensiva: La propuesta deberá señalar los profesionales que otorgaran el Servicio de Atención de Terapia intensiva, para este fin el consorcio proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:   * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano. * Título de Especialista en Medicina Critica y/o Terapia avalado por el Colegio Médico respectivo. * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes. * Certificado de inscripción en el colegio medico departamental.  1. Mínimamente 4 profesionales intensivistas 2. No ser incompatible por superposición horaria. 3. Capacidad de trabajo en equipo. 4. Sólidos valores en ética profesional. |  |  |  |  |
| 1.2 | **FUNCIONES.-**   1. 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. 2. 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. 3. Brindar atención médica oportuna personalizada con calidad y calidez a la población asegurada garantizando la eficiencia y eficacia del servicio ***en Hospitalización.*** 4. Realizar evaluaciones y toma de decisiones durante las 24 Horas del día en todo enfermo crítico internado 5. Realizar el pase de guardia entre los médicos saliente y entrante de los enfermos críticos internados en la unidad 6. Solicitar valoraciones a las diferentes especialidades de manera oportuna y precoz de acuerdo a cada caso en particular. 7. Brindar información correcta y oportuna al paciente (si corresponde), familiares, o representantes legales, sobre la dolencia, patología, manejo y pronóstico siguiendo la normativa institucional y nacional. 8. Resolver problemas de salud utilizando medios de diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con sustento técnico médico. 9. Llenar correctamente toda la documentación administrativa y médica (formularios de evolución diaria, receta de hospitalización, formulario 0-16, solicitud de exámenes complementarios y auxiliares, interconsultas, certificado de incapacidad temporal, epicrisis, certificado de defunción y otra documentación institucional) haciendo énfasis en el registro apropiado y completo en las Historias Clínicas. 10. Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y las políticas del Ministerio de Salud y Deportes, ASUSS y de la institución. 11. Cumplir Puntual y cabalmente con el horario y el tiempo asignado acordado previamente para la atención de la población asegurada. 12. Aportar con criterios técnicos al desarrollo o ejecución de los procesos técnico-médicos 13. Coordinar con las diferentes Jefaturas de Servicio, Subdirección Administrativa, Dirección de Clinica y en caso necesario con Jefatura Médica Regional los temas médico administrativos relacionados con la prestación del servicio. 14. Cumplir con los instructivos, recomendaciones y requerimientos emanados por Subdirección administrativa de Clínica, Dirección de Clínica y Jefatura Médica. 15. Atención de todas las interconsultas en el tiempo establecido. 16. Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente **con presencia física,** **no pudiendo dar indicaciones vía telefónica** 17. Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y políticas de la institución y la autoridad competente, velando porque no le falte la medicación al asegurado. 18. Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los **formularios correspondientes.** 19. Realizar la referencia y contra referencia oportuna de pacientes así como las interconsultas médicas y transferencias a los servicios, cuando el caso amerite, adecuándose al procedimiento de gestión establecido. 20. Participar obligatoriamente en Juntas Médicas a las que fuera convocado o convocar en caso que amerite la situación. 21. Realizar Informes Médicos solicitados por la Autoridad competente en un lapso de 48 horas. 22. Cumplir de manera estricta y obligatoria con las normas de bioseguridad según el área de atención de acuerdo a normativa institucional. 23. Registrar los diagnósticos y codificarlos de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) en los registros de atención correspondientes 24. Colaborar en la capacitación continua del personal paramédico que trabaja en la Unidad. 25. Ser parte fundamental en la mejora continua de la calidad de atención a enfermos en estado crítico internados en la unidad. 26. Acudir a valoración de nuestros asegurados que por algún motivo se encuentren hospitalizados en Centros externos y requieran la evaluación de la especialidad. 27. Participar de manera activa en la formación de médicos Residentes rotantes por el servicio. 28. Realizar el consentimiento informado para el ingreso a la unidad de terapia intensiva, hacerlo firmar y realizar consentimientos en caso de, tratamientos médicos o procedimientos invasivos que impliquen riesgo. 29. Presentar el “Informe Técnico Médico” para preparar  y tramitar la remuneración mensual. así como la nota fiscal correspondiente, incluido el último día hábil del mes. 30. Seguimiento a pacientes hospitalizados hasta el alta de terapia intensiva y en caso necesario se realizará seguimiento a pacientes dados de alta a otro servicio.   **OBLIGACIONES:**  Los profesionales médicos contratados se comprometen a:   1. Elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico en ***Hospitalización,*** bajo los siguientes alcances: 2. La Historia Clínica Informatizada completa y de calidad con su respectiva impresión debidamente firmada y rubricada. 3. Las prescripciones en *(Formulario 016 EXTRA-LINAME)* elaboradas y sustentadas (de acuerdo a reglamento institucional, debidamente firmada y rubricada). 4. Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento ***de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos.*** debidamente firmada y rubricada. 5. Otorgar ***bajas médicas de incapacidad temporal*** identificando el régimen al que corresponde, debidamente firmada y rubricada. 6. 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. 7. ***Elaborar la Nota de alta de UTI,*** al egreso del paciente, cuando éste es dado de alta hacia otro servicio (cirugía, medicina, ginecología, etc) o ***elaborar la EPICRISIS*** cuando el paciente tenga alta por fallecimiento, dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de atención hospitalaria, debidamente firmada y rubricada. 8. Las indicaciones médicas y la primera visita del día deberá realizarse, **hasta antes de las 9:30 a.m.** a fin de emitir órdenes médicas.   El número de evoluciones diarias serán en mínimo de 3 y según las veces que sean necesarias   1. ***Realizar el consentimiento informado para el ingreso a la unidad de terapia intensiva, hacerlo firmar y realizar consentimientos en caso de,*** tratamientos médicos o procedimientos invasivos que impliquen riesgo. 2. ***Todas las indicaciones médicas deben ser realizadas de forma personalizada y NO PUDIENDO DAR INDICACIONES VIA TELEFÓNICA*** 3. Acudir a todas las valoraciones solicitadas en un tiempo no mayor a 30 minutos luego de haber sido comunicado sobre esta valoración desde cualquier área de la clínica.   ***De la supervisión y control***  La actividad del profesional será evaluada y supervisada por Dirección de Clínica en forma periódica y en caso necesario por Jefatura Médica Regional.   1. La CSBP desarrollara, designará y/o determinará medios e instrumentos que puedan ayudarle a concluir o verificar que el profesional contratado ha cumplido con la venta de servicios de acuerdo a las horas requeridas por la C.S.B.P. 2. La CSBP., de acuerdo a sus políticas institucionales, implementara mecanismos de control y evaluación de la calidad de la atención médica |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia General y Específica** | | |  |  |  |
| 2.1. | **Experiencia General**   1. Certificados que avalen la experiencia en su área, que acredite un mínimo de dos a cinco años de experiencia en la especialidad. |  |  |  |  |
| 2.2. | **Experiencia Específica del profesional.**   1. Contrato de venta de servicios profesionales de terapia intensiva a establecimientos de salud privada, publica o de la seguridad social (Deseable). |  |  |  |  |
| 1. **PLAZO** | | |  |  |  |
| 3.1 | Los servicios a prestar tendrán una duración de 2 años calendarios a partir de la firma del contrato. |  |  |  |  |
| 1. **INFORME DE BIO ESTADISTICA.-** | | |  |  |  |
| 4.1 | 1. Elaboración del expediente clínico en formato institucional y en el sistema informático de la CSBP, cumpliendo la normativa vigente. 2. 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. 3. La entrega del informe deberá ser remitido indefectiblemente hasta el 5to día hábil del subsiguiente mes. |  |  |  |  |
| **5.** | **HORARIOS DE ATENCIÓN** | |  |  |  |
| 5.1 | 1. La modalidad es SEMIPRESENCIAL, por lo que 12 horas será con presencia física en el horario de 8:00 a 20:00 DE Lunes a Domingo y las restantes 12 horas ha llamado, con el registro de biométrico del personal que conforma al consorcio, situación que no incluye ni genera ninguna relación laboral 2. Los profesionales deben acudir a todas las valoraciones solicitadas en un tiempo no mayor a 30 minutos luego de haber sido comunicado sobre esta valoración. 3. Se debe realizar mínimo 3 evoluciones médicas durante el día por paciente; sin embargo es de responsabilidad del servicio la toma de decisiciones en el enfermo crítico las 24 horas del día. |  |  |  |  |
| 6. | **HONORARIOS** |  |  |  |  |
|  | MODALIDAD – MÍNIMAMENTE 4 MÉDICOS INTENSIVISTAS (Guardia semipresencial de acuerdo al punto 3)  Atención de 6 camas U.T.I. con monto fijo  Atención de camas adicionales con monto a definir. |  |  |  |  |

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

**Nombre completo del representante legal                   Firma**

**FORMULARIO N° 5**

**MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

Fecha ---------------------------------------

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente

**Ref.: Invitación Pública LP-INV-01-2022**

**Servicio de Terapia Intensiva Adultos**

De nuestra consideración:

De acuerdo a la convocatoria de referencia y a toda la información contenida en el Pliego de Condiciones, nuestra Empresa............................... ***(indicar el nombre de la persona natural, empresa o asociación accidental)*** ofrece proveer   ***................................(indicar el objeto de la Contratación)*** por el importe total de Bs­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Literal y numeral bolivianos).**

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

***Nombre del Representante Legal***

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

***Firma***

## 

**FORMULARIO N° 6**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DEL O LOS SERVICIOS REQUERIDOS** | **PRECIO MENSUAL (Bs.)** |
| 1. | SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE DEL O LOS SERVICIOS REQUERIDOS** | **PRECIO UNIDADES ADICIONALES (Bs.)** |
| 1. | SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

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

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

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICOS

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 Prestación de Servicios……………………, 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 ***Sr(a)………..***, 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 ……………………………… …………. 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 exámenes referidos, de acuerdo a los precios estipulados en la …. del presente contrato.

**séptima** (***Lugares de Atención***).- Los profesionales .. prestarán la atención de consulta externa a la población **asegurada** de la **caja**, en los siguientes lugares:

**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.

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** (***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**