

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### LP-CMA-008-2022

 **SEGUNDA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“SERVICIOS HOSPITALARIOS - COBIJA”** |

 **La Paz, SEPTIEMBRE de 2022**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****CONTRATO MARCO LP-CMA-008-2022****SEGUNDA CONVOCATORIA** La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz, invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIOS HOSPITALARIOS COBIJA – SEGUNDA CONVOCATORIA**  |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: POR LOTE |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Dra. Samantha Rodriguez Dr. Marcelo Guzmán Malpartida Ing. Patricia Zuazo |
| Correo electrónico: patricia.zuazosbp.com.bo  |
| Teléfono: 2317274 int.2266 |

**CONTRATO MARCO SERVICIOS HOSPITALARIOS COBIJA – SEGUNDA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 5/09/2022 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:09/09/2022 | HastaHrs.16:30 | Dirigidas a:patricia.zuazosbp.com.bo  |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:13/09/2022 | Hrs.10:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección: Meeting ID:  **739 9865 5807**Passcode: CSBP |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 16/09/2022 | Hasta:Hrs.14:00 |  **Presentación Electrónica:** patricia.zuazosbp.com.bo **Presentación Física:**  Calle Federico Zuazo Esq. Reyes Ortiz Edificio Gundlach (Anexo) P1 Recepción |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta:16/09/2022 | Hrs. 14:15 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:Meeting ID: **739 9865 5807**Passcode: CSBP |
| 7 | Resultado Del Proceso | 29/09/2022 | Se notificará de forma escrita a los proponentes. |

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

|  |
| --- |
| **PARTE I****INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE**
 | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº060/2021 del 30 de noviembre de 2021, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES**
 | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia.
2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia.
 |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION**
 | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades: * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada.
* Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP.
* Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales.
* Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.

Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación: * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo.
* Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa.
* Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP.
* Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.
 |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE**
 | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:* 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.
	2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.
	3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente.
 |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP**
 | * 1. Instancia de Aprobación:

Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero Dr. Edgar Butrón Gerente Medico   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

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

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

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

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

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN POR ITEMS*** La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario N°4 Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**
 |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA**
 | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, para lo cual se considerará lo siguiente: 1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso.
2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta.
3. Para mantener la validez de la propuesta, debe comunicar por escrito.
 |
| 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/o **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA**
 | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.**OFERTA FISICA:** La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****REGIONAL LA PAZ ,****LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: Calle Federico Zuazo Esq. Reyes Ortiz Edificio Gundlach (Anexo) P1 Recepción **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: LP-CMA-008-2022*****SERVICIOS HOSPITALARIOS COBIJA – SEGUNDA* CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 14:00 del día 16 de Septiembre de 2022**Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediantenota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrásolicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/ocomplementaciones a la misma. Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación. Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continuaparticipando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la horalímite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolucióndel sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devoluciónen el Libro de Actas o Registro Electrónico. La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita.**OFERTA ELECTRONICA:**También se aceptarán las propuestas en formato electrónico una vez que la empresa se haya registrado y se encuentre habilitada en el sistema de gestión deProveedores de la CSBP. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS**
 | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.**  |
| 1. **ACTO DE APERTURA**
 | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación. Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES**
 | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades: 1. Propuesta Técnica.
2. Propuesta Económica.
3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote.
4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.
 |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES**
 | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC;
2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.

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

|  |
| --- |
| **PARTE III****EVALUACIÓN DE OFERTAS** |
| 1. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO**
 | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | Para el caso de Contratos Marco, al ser bienes, obras y/o servicios parametrizados, donde se conoce las características exactas de lo que se requiere, el método de Calificación será cumple no cumple, ya que basta con que las propuestas cumplan con las características solicitadas y en base a los precios ofertados se podrá elegir a una o varias empresas para Contratar. |
| 1. **METODOLOGIA**
 | Menor precio |
| 1. **EVALUACIÓN TECNICA**
 |     Es la metodología de evaluación que tiene como objetivo adjudicar la o las propuestas con el menor precio, siempre que cumpla con todos los requisitos establecidos; procediéndose de la siguiente maneraUna vez recibidas y aperturadas las propuestas, se ordenarán las mismas en función del monto de la oferta económica, ocupando el primer lugar la propuesta con el menor precio, el segundo lugar la propuesta con el segundo menor precio y así sucesivamente.Se califica la propuesta con el MENOR PRECIO, procediendo a evaluar su documentación y propuesta técnica bajo el método CUMPLE / NO CUMPLE.  |
| 1. **CALIFICACION FINAL**
 | Si esta propuesta CUMPLE con todos los requisitos establecidos, se procede a la elaboración del informe recomendando su adjudicación, de lo contrario, se evalúa con el mismo procedimiento a la oferta con el segundo menor precio y así sucesivamente. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION**
 | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles.Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN**
 | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:1. Nómina de los proponentes y precios ofertados
2. Cuadros comparativos
3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica
4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia.
5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda.
6. Detalle de inhabilitación de propuestas, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente.
7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes
8. Recomendación de adjudicación o declaratoria desierta.
 |
| **PARTE IV****SUSCRIPCION DE CONTRATO** |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS**
 | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (7) 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 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 unitarios. |

**PARTE V**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**LOTE 1”SERVICIOS HOSPITALIZACION”**

| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** |
| --- |
|
|
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |
| **SERVICIOS HOSPITALIZACION** |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |
| **A. REQUISITOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION**  |
| 1. Atención integral las 24 horas, incluye feriados, fines de semana
 |
| 1. Atención del médico de guardia con llenado de datos correctos del asegurado
 |
| 1. Atención integral e inmediata de enfermería con actividades de inyectables, Curaciones, sueroterapia, nebulización, canalización a neonatos y toma de signos vitales
 |
| 1. Contar con una cama disponible de observación al paciente.
 |
| 1. Manejo correcto de los medicamentos dentro del LINAME
 |
| 1. Previa internación de un asegurado debe ser comunicado al Coordinador Médico para su autorización.
 |
| 1. Las salas de internación deben ser privadas (para un paciente internado) con baño privado.
 |
| 1. La alimentación debe ser procesada por una persona capacitada con conocimiento en nutrición. Y supervisada por un personal capacitado del centro.
 |
| 1. Capacidad mínima de 2 habitaciones con baño privado, para uso exclusivo de la CSBP.
 |
| 1. Camas y colchones ortopédicos
 |
| 1. Baño privado con ducha, inodoro y lava manos
 |
| **B. REQUISITOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**  |
| 1. Sala de Emergencias disponible las 24 horas del día.
 |
| 1. Disponibilidad para la CSBP 1 camilla en sala de emergencias
 |
| 1. Equipo de resucitación completamente equipado.
 |
| 1. Equipamiento para control de signos vitales
 |
| 1. Personal médico y paramédico las 24 hrs
 |
| 1. Equipo de laboratorio disponible las 24 hrs
 |
| 1. Equipos de diagnóstico médico disponible las 24 hrs.
 |
| 1. Atención integral e inmediata de enfermería con actividades de inyectables, Curaciones, sueroterapia, nebulización, canalización a neonatos y toma de signos vitales
 |
| 1. Contar con una cama disponible de observación al paciente.
 |
| 1. Manejo correcto de los medicamentos dentro del LINAME
 |
| 1. Atención integral las 24 horas, incluye feriados, fines de semana
 |
| **D. REQUISITOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA- OBSTETRICIA** |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental del consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Realizar las intervenciones quirúrgicas a los pacientes programados y de emergencia, en el servicio y velar por su salud.
 |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |
| 1. Horario de atención exclusiva de 17:00 a 17:40
 |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |
| **E. REQUISITOS DEL SERVICIO PEDIATRÍA**  |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Realizar las intervenciones quirúrgicas a los pacientes programados y de emergencia, en el servicio y velar por su salud.
 |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |
| 1. Camilla para atención en consulta
 |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |
| 1. Mesa de examen
 |
| 1. Horario de atención por la mañana de 9:00 a 10:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 17:40 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda a los titulares.
 |
| **F. REQUISITOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA** |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de C.B.E.S.
 |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |
| 1. Camilla para atención en consulta
 |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 18:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |
| **G. REQUISITOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA** |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |
| 1. Realizar procedimientos ambulatorios de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |
| 1. Camilla para atención en consulta
 |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 18:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |
| **H. REQUISITOS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA** |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Realizar las intervenciones quirúrgicas a los pacientes programados y de emergencia, en el servicio y velar por su salud.
 |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |
| 1. Llamados a emergencias (lunes a Domingos y Feriados)
 |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Médica de la CSBP.
 |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 18:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |
| 1. **INFRAESTRUCTURA**
 |
| 1. **SALA DE EMERGENCIAS CON DISPONIBILIDAD MÍNIMA DE UNA CAMILLA:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas (puede ser portátil)
 |
| * 1. Oxígeno por tuvo y aspiración
 |
| * 1. Carro de paro
 |
| * 1. Monitor cardiaco
 |
| * 1. Oxímetro
 |
| * 1. Desfibrilador.
 |
| * 1. Lavamanos y todos los insumos, incluyendo agua caliente y fría
 |
| * 1. Dimensiones adecuadas de fácil accesibilidad para atención de urgencias (según normas internacionales)
 |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |
| * 1. Disponibilidad de mínimamente de 1 camilla para la CSBP
 |
| 1. **SALAS DE INTERNACIÓN INDIVIDUALES CON BAÑO PRIVADO Y ESPACIO DISPONIBLE PARA ACOMPAÑANTE:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Cuatro (4) habitaciones individuales que incluya cama o sofá para acompañante.
 |
| * 1. Baño con ducha, incluyendo agua caliente permanente y fría, lavamanos, inodoro y todos los insumos.
 |
| * 1. Tv por cable, en buenas condiciones.
 |
| 1. **ÁREA QUIRÚRGICA CON 2 QUIRÓFANOS MÍNIMO:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Área quirúrgica con capacidad mínima de 2 quirófanos completamente equipados, de manera que exista siempre la disponibilidad de uno para uso de la CSBP.
 |
| * 1. Un quirófano de uso preferencial para la CSBP, para programación de cirugías a requerimiento sin restricciones de uso de otros quirófanos o programación de cirugías habilitado las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables, para cirugías programadas y de emergencia.
 |
| * 1. Sistema de Aspiración y vacío central o portátil silencioso por quirófano
 |
| * 1. Nitrógeno O2, Aspiración central
 |
| * 1. Motor neumático para sierra oscilante y taladro para uso traumatológico.
 |
| * 1. Un segundo quirófano adicional a solicitud de la CSBP en caso necesario.
 |
| * 1. CO2 por tubo.
 |
| * 1. Sistema de calefacción central o portátil.
 |
| 1. **SALA DE RECUPERACION:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Ambiente con capacidad para alojar como mínimo 2 pacientes de la CSBP.
 |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente central o portátil
 |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |
| * 1. Monitor, oxímetro, oxígeno en tubo y aspiración central
 |
| 1. **SALA DE ESTERILIZACIÓN:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Un ambiente de uso exclusivo para esterilizar material médico quirúrgico.
 |
| * 1. Mesones para preparación de materiales
 |
| * 1. Estantes de almacenamiento de materiales y ropa.
 |
| * 1. Lavamanos con agua natural.
 |
| * 1. Capacidad de proveer material estéril para al menos dos cirugías diarias.
 |
| 1. **SALA DE PARTOS CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Con mesa de partos disponible para la CSBP
 |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente central o portátil
 |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |
| 1. **SALA DE NEONATOLOGÍA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Capacidad de internación para mínimo un paciente
 |
| * 1. Lavamanos para instrumental y personal médico con agua caliente permanente y fría.
 |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente central o portátil
 |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |
| 1. **RAYOS X. CARACTERÍSTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. El Centro Hospitalario debe contar con este servicio para casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia
 |
| * 1. Capacidad para toma de placas en los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables
 |
| 1. **ECOGRAFIA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Comprende la realización del examen ecográfico en casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia.
 |
| * 1. Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables.
 |
| * 1. El servicio debe contar con un profesional imagenólogo acreditado para emitir el informe, el cual debe ser necesariamente entregado a la CSBP.
 |
| * 1. Capacidad para ecografías simples en todas las especialidades requeridas.
 |
| 1. **TOMOGRAFÍA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Comprende la realización del examen tomográfico en casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia.
 |
| * 1. Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables.
 |
| * 1. Capacidad para tomografías simples en todas las especialidades requeridas
 |
| 1. **OTROS SERVICIOS DE ELECTRO DIAGNÓSTICO.CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Electrocardiografía, en casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia.
 |
| * 1. Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables.
 |
| * 1. Otros servicios de electro diagnóstico.
 |
| 1. **FARMACIA.CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Un espacio para el estante de medicamentos para uso de pacientes que están hospitalizados, para cirugías y emergencias.
 |
| 1. **CENTRAL DE INFORMACIONES.CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Un ambiente ubicado al ingreso del centro hospitalario, que cuente con central telefónica y personal permanente en horarios de 8:00 am a 18:00 pm.
 |
| 1. **SALA DE ESPERA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Ambiente contiguo a consultorio de emergencias.
 |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente
 |
| * 1. Baño público equipado
 |
| 1. **ÁREAS AUXILIARES PARA LIMPIEZA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Ambiente adecuado para almacenar material e insumos de limpieza, bajo normas de bioseguridad.
 |
| * 1. Con ambiente para el depósito final de desechos hospitalarios, según normas de bioseguridad.
 |
| * 1. Ambiente especial para el manejo de desechos biológicos.
 |
| **J. EQUIPAMIENTO**  |
| 1. **SALA DE EMERGENCIAS GENERAL DEL CENTRO HOSPITALARIO CON DISPONIBILIDAD DE 1 CAMILLA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Camilla de transporte adecuada para emergencia (1 pieza)
 |
| * 1. Un carro de curaciones equipado con insumos necesarios para cualquier procedimiento.
 |
| * 1. Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos.
 |
| * 1. Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador y oxímetro, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.)
 |
| * 1. Tensiómetro de mercurio de pie o pared (1 pieza)
 |
| * 1. Fonendoscopio.
 |
| * 1. Linterna para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 pieza)
 |
| * 1. Negatoscopio de dos cuerpos.
 |
| * 1. Nebulizador para uso de pacientes ambulatorios (1 pieza) con oxígeno central o individual.
 |
| * 1. Vaporizador para uso de pacientes ambulatorios.
 |
| 1. **SALA DE INTERNACIÓN INDIVIDUALES CON ESPACIO PARA ACOMPAÑANTE Y BAÑO PRIVADO**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Cama ortopédica, con barandas de seguridad.
 |
| * 1. Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama.
 |
| * 1. Un soporte para venoclisis por cada cama.
 |
| * 1. Frazadas en buenas condiciones por cada cama.
 |
| * 1. Ropero con colgadores
 |
| * 1. Una mesa de noche o velador por cama
 |
| * 1. Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada cama
 |
| * 1. Televisor fijo a color con buena recepción de los canales locales y TV cable y control remoto.
 |
| * 1. Una silla para visitas por cada pieza
 |
| * 1. Basureros para desechos según normas.
 |
| 1. **QUIROFANOS EQUIPOS MÉDICOS**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Dos máquinas de anestesia completas (una por cada quirófano requerido) en correcto funcionamiento. Monitor con oxímetro. (funcionamiento verificado por profesionales médicos de la CSBP)
 |
| * 1. Equipo de resucitación completamente equipado
	2. (funcionamiento verificado por profesionales médicos de la CSBP)
 |
| * 1. Mesa quirúrgica articulable completa con todos los movimiento, en correcto funcionamiento
 |
| * 1. Máquinas de anestesia completas (en cada quirófano).
 |
| * 1. Un carro de paro equipado y desfibrilador para adultos y niños.
 |
| * 1. Equipo de monitoreo multiparámetros con oximetría, incluida al equipo o como equipo adicional (en cada quirófano)
 |
| * 1. Electro bisturí mono polar y bipolar con electro coagulador, para cirugía convencional y laparoscópica que incluya placas fijas o desechables, mismo que puede ser parte de la torre de laparoscopía
 |
| * 1. Negatoscopio de dos cuerpos en cada quirófano.
 |
| * 1. Lámpara cialitica con dos brazos con sistema de regulación de intensidad luminosa (en cada quirófano)
 |
| * 1. Mascarillas y nariceras de oxígeno para adultos niños y neonatos.
 |
| * 1. Lentes de protección para todo el equipo quirúrgico.
 |
| * 1. Rodillo de transporte para movilización del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla.
 |
| * 1. El quirófano destinado a cirugía obstétrica deberá incluir una Servo cuna para asistencia de neonato. Balanza, sistema de aspiración y oxigeno
 |
| * 1. Tres mandiles de protección para Rayos “X”
 |
| * 1. Mesas auxiliares para instrumentación (1 en cada quirófano)
 |
| * 1. Torre Laparoscópica e instrumental
 |
| 1. **ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Balanza para neonatología
 |
| * 1. Servocuna completa incluye monitor
 |
| * 1. Oxímetro de pulso con sensor neonatal
 |
| * 1. Mesón de atención de recién nacido,
 |
| * 1. Insumos de limpieza y desinfección para la sala
 |
| * 1. Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración.
 |
| * 1. Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras.
 |
| * 1. Material y equipamiento para la toma de medidas antropométricas.
 |
| 1. **SALA DE NEONATOLOGÍA:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Dos incubadoras completas y en funcionamiento.
 |
| * 1. Una cuna lavable, con cajonería, transportable y con posibilidad de posición fowler.
 |
| * 1. Un equipo de fototerapia percutánea o de luz azul con filtro y protección ojos y genitales de los recién nacidos (puede ser compartido con UTIN)
 |
| * 1. Mesa de examen con tallímetro, balanza neonatal electrónica y equipo de antropometría neonatal
 |
| * 1. Negatoscopio de 1 cuerpo.
 |
| * 1. Iluminación central adecuada
 |
| * 1. Nebulizadores bomba de infusión
 |
| * 1. Vaporizador
 |
| * 1. Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños en cantidades suficientes.
 |
| * 1. Un fonendoscopio neonatal
 |
| * 1. Esterilizador de biberones.
 |
| * 1. Bañera con ducha de agua caliente y fría para baño de recién nacidos
 |
| * 1. Disponibilidad de agua hervida para preparar formulas.
 |
| * 1. Carro de curación completo con antisépticos, gasas, apósitos, torundas de todo tamaño y en cantidad suficientes.
 |
| * 1. Instrumental necesario para realizar procedimientos de cirugía menor, onfaloclisis, vía central, punciones, etc.
 |
| * 1. Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración.
 |
| * 1. Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras
 |
| * 1. Estantería para medicamentos y ropa propia de la sala.
 |
| * 1. Todas las cunas contaran con dotación de ropa de cama en condiciones óptimas de limpieza y calidad (mínimo tres juegos completos por cuna), (dos) frazadas específicas para transporte de recién nacidos.
 |
| * 1. Insumos de limpieza y desinfección suficientes
 |
| * 1. Mesa de procedimientos o de mayo
 |
| * 1. Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio
 |
| 1. **UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (NIÑOS Y ADULTOS) EQUIPOS MÉDICOS**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Una cama de terapia intensiva (como mínimo)
 |
| * 1. Ventilador volumétrico para terapia (uno por cama).
 |
| * 1. Monitor multi parámetro para cada cama con electrocardiógrafo de registro.
 |
| * 1. Desfibrilador cardiaco con registro.
 |
| * 1. Bomba de infusión continua para cada cama
 |
| * 1. Presurizador de infusiones
 |
| * 1. Juego de laringoscopio y cánulas
 |
| * 1. Lámpara auxiliar cuello de ganso con luz fría
 |
| * 1. Carro de paro cardiaco equipado exclusivamente para Terapia Intensiva,
 |
| * 1. Negatoscopio de 2 cuerpos.
 |
| * 1. Carro de curaciones con antisépticos, gasas, torundas y apósitos en cantidades suficientes.
 |
| * 1. Instrumental quirúrgico para diversos procedimientos.
 |
| * 1. ECG con registro por cama.
 |
| * 1. Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración.
 |
| * 1. Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras
 |
| * 1. Nebulizadores.
 |
| * 1. Vaporizador.
 |
| * 1. Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para adultos en cantidades suficientes.
 |
| * 1. Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama.
 |
| 1. **EQUIPAMIENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Equipo de Rx correcto funcionamiento
 |
| * 1. Equipos de tomografía correcto funcionamiento
 |
| * 1. Equipo de ecografía correcto funcionamiento
 |
| * 1. Equipo de electrocardiograma correcto funcionamiento
 |
| * 1. Equipo de Ecocardiograma correcto funcionamiento
 |
| * 1. Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador y oxímetro, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) correcto funcionamiento
 |
| * 1. Deben de contar con equipamiento adecuado en casos de recibir sueros, oxigeno
 |
| * 1. Tensiómetro de mercurio de pie o pared (1 pieza)
 |
| * 1. Camilla de transporte adecuada para emergencia (1 pieza)
 |
| * 1. Lámpara auxiliar cuello de ganso de luz fría (1 pieza).
 |
| * 1. Un carro de curaciones equipado con insumos necesarios para cualquier procedimiento, correcto funcionamiento
 |
| * 1. Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos.
 |
| * 1. Fonendoscopio. correcto funcionamiento
 |
| * 1. Linterna para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 pieza) correcto funcionamiento
 |
| * 1. Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) correcto funcionamiento
 |
| * 1. Balanza pediátrica (una pieza) correcto funcionamiento
 |
| * 1. Negatoscopio de dos cuerpos, correcto funcionamiento
 |
| * 1. Nebulizador para uso de pacientes ambulatorios (1 pieza) con oxígeno central o individual, correcto funcionamiento
 |
| * 1. Vaporizador para uso de pacientes ambulatorios, correcto funcionamiento
 |
| * 1. Aire acondicionado, correcto funcionamiento
 |
| * 1. Silla de ruedas (1 pieza), correcto funcionamiento
 |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA- OBSTETRICIA:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Instrumental ginecológico básico para realizar consultas.
 |
| * 1. Camilla ginecológica
 |
| * 1. Camilla para atención en consulta
 |
| * 1. Equipo de computación y software médico
 |
| * 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |
| * 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |
| * 1. Mesa de examen
 |
| * 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO PEDIATRÍA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Instrumental pediátrico básico para realizar consultas.
 |
| * 1. Camilla pediátrica
 |
| * 1. Equipo de nebulización
 |
| * 1. Balanza
 |
| * 1. Tallímetro
 |
| * 1. Estacionero
 |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DE MEDICINA INTERNA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Instrumental básico para realizar consultas.
 |
| * 1. Camilla
 |
| * 1. Balanza
 |
| * 1. Tallímetro
 |
| * 1. Mesa de examen
 |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Instrumental básico para realizar consultas.
 |
| * 1. Camilla
 |
| * 1. Estuche de diagnóstico.
 |
| * 1. Lampara de hendidura.
 |
| * 1. Mesa para consultorio
 |
| * 1. Oftalmoscopio directo e indirecto.
 |
| * 1. Pantalla de agudeza visual y proyector.
 |
| * 1. Foroptero
 |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Instrumental de Traumatología para realizar consultas.
 |
| * 1. Camilla
 |
| * 1. Balanza
 |
| * 1. Tallímetro
 |
| * 1. Tensiómetro
 |
| * 1. Mesa de examen
 |
| * 1. Negatoscopio
 |
| 1. **SISTEMA ANTIINCENDIOS.**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Instalados según normas internacionales para centros hospitalarios, con cobertura a todos los ambientes utilizados por la CSBP.
 |
| 1. **SERVICIO DE SEGURIDAD**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. Personal de seguridad las 24 horas, para el resguardo y protección de los bienes y personas que acuden al servicio hospitalario.
 |
| **K. SISTEMA INFORMATICO**  |
| 1. El servicio médico tiene que utilizar el sistema SAMI de la CSBP para registrar sus atenciones.
 |
| **L. HABILITACION**  |
| *Certificado de Habilitación ante el SEDES vigente a la fecha de apertura.**Presentar fotocopia del certificado*  |
| **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EMPRESA Y DEL PERSONAL** |
| **A. EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DE LA EMPRESA A SER CONTRATADA;**  |
| 1. **Experiencia General.** Experiencia 5 años prestando servicios médicos.

Presentar fotocopias de contratos suscritos los últimos cinco años.  |
| 1. **Experiencia Específica.** Experiencia mínimo 5 años prestando servicio a un Ente Gestor de Salud.

Presentar fotocopias de contratos suscritos los últimos cinco años. |
| **B. PERSONAL**  |
| 1. **Formación del Personal Propuesto**
	1. Médico General Título en provisión nacional o título profesional en Medicina General.
	2. Médicos especialistas: Título en provisión nacional o título profesional en Medicina General. Título de Especialista en Medicina interna. Ginecología, Pediatría, cardiología, traumatología, Urología, neurología.
	3. Licenciada en Enfermería Título en provisión nacional o título profesional en Enfermería
	4. Imagenólogo Título en provisión nacional o título profesional en Imagenología.
	5. Bioquímico Título en provisión nacional o título profesional en Bioquímica

Debe adjuntar fotocopia de los títulos de cada profesional. |
| 1. **Experiencia del Personal Propuesto**
	1. Médico General: 2 años de experiencia en medicina general
	2. Médicos especialistas: 2 años de experiencia según la especialidad
	3. Licenciada en Enfermería: 2 años de experiencia como licenciada en enfermería
	4. Imagenólogo: 2 años de experiencia como Imagenologo
	5. Bioquímico: 2 años de experiencia como bioquímico

Debe adjuntar fotocopias de certificados de trabajo de cada profesional propuesto. |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |
| 1. **PLAZO**
 |
| El servicio se contratará por 1 año |
| **B. LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO;**  |
| COBIJA- PANDO -BOLIVIA |
| **C. RÉGIMEN DE MULTAS** |
| Se aplicarán multas del 2% por incumplimiento en el servicio, calculado sobre el importe de la factura cobrada |
| **D. AGENTE DE SERVICIO;** |
| 1. Un coordinador del área médica 2. Un coordinador del área administrativa |
| **E. FORMA DE PAGO: MENSUAL** |
| Una vez presenten la factura de mes con el respaldo correspondiente de las atenciones prestadas (evento), se cancelará el mes siguiente hasta el último día de mes, previa conformidad de pago. |
| **F. ACUERDO DEL NIVEL DE SERVICIO**  |
| De forma previa a la suscripción del contrato con el proveedor de servicios médicos, se establece el Acuerdo de Nivel de Servicio, documento que será parte del contrato respectivo. (Manifestar aceptación) |

**LOTE 2” SERVICIOS DE LABORATORIO”**

| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** |
| --- |
|
|
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |
| **SERVICIOS DE LABORATORIO** |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |
|  **LOTE 2” SERVICIOS DE LABORATORIO”** |
| 1. Equipos para realización de pruebas de laboratorio comunes (centrifugadora, micro centrifugadora, rotador, microscopio, gradillas)
 |
| 1. Hematología
 |
| 1. Química Sanguínea
 |
| 1. Serología
 |
| 1. Uro análisis
 |
| 1. Coproparasitologia
 |
| 1. Bacteriología
 |
| 1. Diagnóstico de embarazo
 |
| 1. Exámenes Especiales
 |
| 1. Insumos necesarios para pruebas de laboratorio comunes (Jeringas, tubos de ensayo, pipetas, micropipetas, guantes, barbijos, etc)
 |
| 1. Realizar exámenes de gabinete
 |
| 1. Brindar información relacionada con procedimientos para toma de muestra y otros, a los asegurados y beneficiarios de la Caja
 |
| 1. Toma de muestra de pacientes ambulatorios en horarios oportunos y necesarios para su procesamiento (07:30 a 09:30)
 |
| 1. Toma de muestra en casos de Urgencias y Emergencias en el lugar requerido
 |
| 1. Compromiso de responsabilidad con el servicio ofertado y buen trato a los asegurados y beneficiarios
 |
| 1. Cumplimiento de normas y protocolos de laboratorio de análisis Clínico
 |
| 1. Cumplir con todas las normas y disposiciones de la CSBP
 |
| 1. **LABORATORIO CARACTERÍSTICAS:**

 (Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |
| * 1. El Centro de exámenes clínicos debe contar con este servicio para casos en los que la CSBP requiera para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia
 |
| 1. Capacidad para toma de muestras en horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables.
 |
| **L. HABILITACION**  |
| Certificado de Habilitación ante el SEDES vigente a la fecha de apertura.Presentar fotocopia del certificado |
| 1. **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EMPRESA Y DEL PERSONAL**
 |
| **A. EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DE LA EMPRESA A SER CONTRATADA;**  |
| 1. **Experiencia General.** Experiencia 3 años prestando servicios.

Presentar fotocopias de contratos suscritos los últimos tres años.  |
| 1. **Experiencia Específica.** Experiencia mínimo 1 años prestando servicio a un Ente Gestor de Salud.
2. Presentar fotocopia de contratos suscritos el último años.
 |
| 1. **B. PERSONAL**
 |
| 1. **Formación del Personal Propuesto**
	1. Bioquímico Título en provisión nacional o título profesional en Bioquímica

Debe adjuntar fotocopia de los títulos de cada profesional. |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |
| 1. **PLAZO**
 |
| 1. El servicio se contratará por 2 año
 |
| 1. **B. LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO;**
 |
| 1. COBIJA- PANDO -BOLIVIA
 |
| 1. **C. RÉGIMEN DE MULTAS**
 |
| 1. Se aplicarán multas del 2% por incumplimiento en el servicio, calculado sobre el importe de la factura cobrada
 |
| 1. **D. AGENTE DE SERVICIO;**
 |
| 1. Un coordinador del área médica
2. Un coordinador del área administrativa
 |
| 1. **E. FORMA DE PAGO: MENSUAL**
 |
| 1. Una vez presenten la factura de mes con el respaldo correspondiente de las atenciones prestadas (evento), se cancelará el mes siguiente hasta el último día de mes, previa conformidad de pago.
 |
| **F. ACUERDO DEL NIVEL DE SERVICIO**  |
| 1. De forma previa a la suscripción del contrato con el proveedor de servicios médicos, se establece el Acuerdo de Nivel de Servicio, documento que será parte del contrato respectivo. (Manifestar aceptación)
 |

**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 PROPONENTEIDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: LP-CMA- 008-2022**

 **SERVICIOS HOSPITALARIOS - COBIJA**

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.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

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

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

 \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

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

c) Matrícula de Inscripción en SEPREC, vigente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

 \*Para empresas Unipersonales

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

b) Matrícula de Inscripción en SEPREC, vigente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

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**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**LOTE 1”SERVICIOS HOSPITALIZACION”**

| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**(Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE** | **Observaciones** (especificar el porqué no cumple) |
| **SI** | **NO** |
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **SERVICIOS HOSPITALIZACION** |  |  |  |  |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **A. REQUISITOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION**  |  |  |  |  |
| 1. Atención integral las 24 horas, incluye feriados, fines de semana
 |  |  |  |  |
| 1. Atención del médico de guardia con llenado de datos correctos del asegurado
 |  |  |  |  |
| 1. Atención integral e inmediata de enfermería con actividades de inyectables, Curaciones, sueroterapia, nebulización, canalización a neonatos y toma de signos vitales
 |  |  |  |  |
| 1. Contar con una cama disponible de observación al paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Manejo correcto de los medicamentos dentro del LINAME
 |  |  |  |  |
| 1. Previa internación de un asegurado debe ser comunicado al Coordinador Médico para su autorización.
 |  |  |  |  |
| 1. Las salas de internación deben ser privadas (para un paciente internado) con baño privado.
 |  |  |  |  |
| 1. La alimentación debe ser procesada por una persona capacitada con conocimiento en nutrición. Y supervisada por un personal capacitado del centro.
 |  |  |  |  |
| 1. Capacidad mínima de 2 habitaciones con baño privado, para uso exclusivo de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Camas y colchones ortopédicos
 |  |  |  |  |
| 1. Baño privado con ducha, inodoro y lava manos
 |  |  |  |  |
| **B. REQUISITOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**  |  |  |  |  |
| 1. Sala de Emergencias disponible las 24 horas del día.
 |  |  |  |  |
| 1. Disponibilidad para la CSBP 1 camilla en sala de emergencias
 |  |  |  |  |
| 1. Equipo de resucitación completamente equipado.
 |  |  |  |  |
| 1. Equipamiento para control de signos vitales
 |  |  |  |  |
| 1. Personal médico y paramédico las 24 hrs
 |  |  |  |  |
| 1. Equipo de laboratorio disponible las 24 hrs
 |  |  |  |  |
| 1. Equipos de diagnóstico médico disponible las 24 hrs.
 |  |  |  |  |
| 1. Atención integral e inmediata de enfermería con actividades de inyectables, Curaciones, sueroterapia, nebulización, canalización a neonatos y toma de signos vitales
 |  |  |  |  |
| 1. Contar con una cama disponible de observación al paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Manejo correcto de los medicamentos dentro del LINAME
 |  |  |  |  |
| 1. Atención integral las 24 horas, incluye feriados, fines de semana
 |  |  |  |  |
| **D. REQUISITOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA- OBSTETRICIA** |  |  |  |  |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental del consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |  |  |  |  |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |  |  |  |  |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar las intervenciones quirúrgicas a los pacientes programados y de emergencia, en el servicio y velar por su salud.
 |  |  |  |  |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |  |  |  |  |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |  |  |  |  |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |  |  |  |  |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |  |  |  |  |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |  |  |  |  |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |  |  |  |  |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Horario de atención exclusiva de 17:00 a 17:40
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |  |  |  |  |
| **E. REQUISITOS DEL SERVICIO PEDIATRÍA**  |  |  |  |  |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |  |  |  |  |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |  |  |  |  |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar las intervenciones quirúrgicas a los pacientes programados y de emergencia, en el servicio y velar por su salud.
 |  |  |  |  |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |  |  |  |  |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |  |  |  |  |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |  |  |  |  |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |  |  |  |  |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |  |  |  |  |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |  |  |  |  |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |  |  |  |  |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |  |  |  |  |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |  |  |  |  |
| 1. Camilla para atención en consulta
 |  |  |  |  |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |  |  |  |  |
| 1. Mesa de examen
 |  |  |  |  |
| 1. Horario de atención por la mañana de 9:00 a 10:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |  |  |  |  |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 17:40 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda a los titulares.
 |  |  |  |  |
| **F. REQUISITOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA** |  |  |  |  |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |  |  |  |  |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |  |  |  |  |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |  |  |  |  |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |  |  |  |  |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |  |  |  |  |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |  |  |  |  |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |  |  |  |  |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |  |  |  |  |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de C.B.E.S.
 |  |  |  |  |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |  |  |  |  |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |  |  |  |  |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |  |  |  |  |
| 1. Camilla para atención en consulta
 |  |  |  |  |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |  |  |  |  |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 18:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |  |  |  |  |
| **G. REQUISITOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA** |  |  |  |  |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |  |  |  |  |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |  |  |  |  |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar procedimientos ambulatorios de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |  |  |  |  |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |  |  |  |  |
| 1. Llamados a emergencias (Lunes a Domingos y Feriados)
 |  |  |  |  |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Medica de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |  |  |  |  |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |  |  |  |  |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |  |  |  |  |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |  |  |  |  |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |  |  |  |  |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |  |  |  |  |
| 1. Camilla para atención en consulta
 |  |  |  |  |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |  |  |  |  |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 18:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |  |  |  |  |
| **H. REQUISITOS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA** |  |  |  |  |
| 1. Consultorio individual completo con el equipamiento e instrumental, el consultorio deberá estar acorde con la normativa vigente.
 |  |  |  |  |
| 1. Registrar los datos del paciente en las Historias Clínicas de manera correcta y cumplir con las normativas vigentes.
 |  |  |  |  |
| 1. Coordinar con los profesionales el tratamiento que se le indica al paciente para que se realice un manejo multidisciplinario en bienestar del paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Visitas a pacientes hospitalizados para evaluación especializada de acuerdo a requerimiento
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar cirugías de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar las intervenciones quirúrgicas a los pacientes programados y de emergencia, en el servicio y velar por su salud.
 |  |  |  |  |
| 1. Mantener Informado al paciente, familiar o representante Legal antes de iniciar un tratamiento, valoración o procedimiento requerido.
 |  |  |  |  |
| 1. Atención a interconsultas solicitadas por profesionales de salud
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar atenciones y estudios de acuerdo a demanda y requerimiento de Consulta Externa, emergencias e internaciones.
 |  |  |  |  |
| 1. Llamados a emergencias (lunes a Domingos y Feriados)
 |  |  |  |  |
| 1. Participación en Juntas Médicas de acuerdo a requerimiento.
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y presentación oportuna de informes médicos solicitados por coordinación Médica de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Cumplir con las normas de diagnóstico y tratamiento de ASUSS.
 |  |  |  |  |
| 1. Prescripción de medicamentos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).
 |  |  |  |  |
| 1. Elaborar y firmar los recetarios teniendo el cuidado de registrar su nombre, matrícula y sello, del paciente atendido
 |  |  |  |  |
| 1. Presentar la Hoja de Evolución Clínica o Informe Médico indicando: Diagnostico, manejo y evolución para inclusión al historial clínico de cada paciente atendido al Archivo Clínico de CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |  |  |  |  |
| 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |  |  |  |  |
| 1. Equipo de computación con software médico
 |  |  |  |  |
| 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |  |  |  |  |
| 1. Horario de atención por la tarde de 17:00 a 18:00 previa coordinación con plataforma de la CSBP
 |  |  |  |  |
| 1. Elaboración y firma del consentimiento informado cuando corresponda
 |  |  |  |  |
| 1. **INFRAESTRUCTURA**
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE EMERGENCIAS CON DISPONIBILIDAD MÍNIMA DE UNA CAMILLA:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas (puede ser portátil)
 |  |  |  |  |
| * 1. Oxígeno por tuvo y aspiración
 |  |  |  |  |
| * 1. Carro de paro
 |  |  |  |  |
| * 1. Monitor cardiaco
 |  |  |  |  |
| * 1. Oxímetro
 |  |  |  |  |
| * 1. Desfibrilador.
 |  |  |  |  |
| * 1. Lavamanos y todos los insumos, incluyendo agua caliente y fría
 |  |  |  |  |
| * 1. Dimensiones adecuadas de fácil accesibilidad para atención de urgencias (según normas internacionales)
 |  |  |  |  |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |  |  |  |  |
| * 1. Disponibilidad de mínimamente de 1 camilla para la CSBP
 |  |  |  |  |
| 1. **SALAS DE INTERNACIÓN INDIVIDUALES CON BAÑO PRIVADO Y ESPACIO DISPONIBLE PARA ACOMPAÑANTE:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Cuatro (4) habitaciones individuales que incluya cama o sofá para acompañante.
 |  |  |  |  |
| * 1. Baño con ducha, incluyendo agua caliente permanente y fría, lavamanos, inodoro y todos los insumos.
 |  |  |  |  |
| * 1. Tv por cable, en buenas condiciones.
 |  |  |  |  |
| 1. **ÁREA QUIRÚRGICA CON 2 QUIRÓFANOS MÍNIMO:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Área quirúrgica con capacidad mínima de 2 quirófanos completamente equipados, de manera que exista siempre la disponibilidad de uno para uso de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| * 1. Un quirófano de uso preferencial para la CSBP, para programación de cirugías a requerimiento sin restricciones de uso de otros quirófanos o programación de cirugías habilitado las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados y días no laborables, para cirugías programadas y de emergencia.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de Aspiración y vacío central o portátil silencioso por quirófano
 |  |  |  |  |
| * 1. Nitrógeno O2, Aspiración central
 |  |  |  |  |
| * 1. Motor neumático para sierra oscilante y taladro para uso traumatológico.
 |  |  |  |  |
| * 1. Un segundo quirófano adicional a solicitud de la CSBP en caso necesario.
 |  |  |  |  |
| * 1. CO2 por tubo.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de calefacción central o portátil.
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE RECUPERACION:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Ambiente con capacidad para alojar como mínimo 2 pacientes de la CSBP.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente central o portátil
 |  |  |  |  |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |  |  |  |  |
| * 1. Monitor, oxímetro, oxígeno en tubo y aspiración central
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE ESTERILIZACIÓN:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Un ambiente de uso exclusivo para esterilizar material médico quirúrgico.
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesones para preparación de materiales
 |  |  |  |  |
| * 1. Estantes de almacenamiento de materiales y ropa.
 |  |  |  |  |
| * 1. Lavamanos con agua natural.
 |  |  |  |  |
| * 1. Capacidad de proveer material estéril para al menos dos cirugías diarias.
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE PARTOS CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Con mesa de partos disponible para la CSBP
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente central o portátil
 |  |  |  |  |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE NEONATOLOGÍA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Capacidad de internación para mínimo un paciente
 |  |  |  |  |
| * 1. Lavamanos para instrumental y personal médico con agua caliente permanente y fría.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente central o portátil
 |  |  |  |  |
| * 1. Paredes y pisos lavables
 |  |  |  |  |
| 1. **RAYOS X. CARACTERÍSTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. El Centro Hospitalario debe contar con este servicio para casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia
 |  |  |  |  |
| * 1. Capacidad para toma de placas en los horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables
 |  |  |  |  |
| 1. **ECOGRAFIA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Comprende la realización del examen ecográfico en casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia.
 |  |  |  |  |
| * 1. Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables.
 |  |  |  |  |
| * 1. El servicio debe contar con un profesional imagenólogo acreditado para emitir el informe, el cual debe ser necesariamente entregado a la CSBP.
 |  |  |  |  |
| * 1. Capacidad para ecografías simples en todas las especialidades requeridas.
 |  |  |  |  |
| 1. **TOMOGRAFÍA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Comprende la realización del examen tomográfico en casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia.
 |  |  |  |  |
| * 1. Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables.
 |  |  |  |  |
| * 1. Capacidad para tomografías simples en todas las especialidades requeridas
 |  |  |  |  |
| 1. **OTROS SERVICIOS DE ELECTRO DIAGNÓSTICO.CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Electrocardiografía, en casos en los que la CSBP requerirá de estos servicios para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia.
 |  |  |  |  |
| * 1. Los horarios de atención son diurnos y nocturnos, inclusive fines de semana, feriados y días no laborables.
 |  |  |  |  |
| * 1. Otros servicios de electro diagnóstico.
 |  |  |  |  |
| 1. **FARMACIA.CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Un espacio para el estante de medicamentos para uso de pacientes que están hospitalizados, para cirugías y emergencias.
 |  |  |  |  |
| 1. **CENTRAL DE INFORMACIONES.CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Un ambiente ubicado al ingreso del centro hospitalario, que cuente con central telefónica y personal permanente en horarios de 8:00 am a 18:00 pm.
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE ESPERA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Ambiente contiguo a consultorio de emergencias.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de climatización de ambiente
 |  |  |  |  |
| * 1. Baño público equipado
 |  |  |  |  |
| 1. **ÁREAS AUXILIARES PARA LIMPIEZA CARACTERISTICAS:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Ambiente adecuado para almacenar material e insumos de limpieza, bajo normas de bioseguridad.
 |  |  |  |  |
| * 1. Con ambiente para el depósito final de desechos hospitalarios, según normas de bioseguridad.
 |  |  |  |  |
| * 1. Ambiente especial para el manejo de desechos biológicos.
 |  |  |  |  |
| **J. EQUIPAMIENTO**  |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE EMERGENCIAS GENERAL DEL CENTRO HOSPITALARIO CON DISPONIBILIDAD DE 1 CAMILLA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Camilla de transporte adecuada para emergencia (1 pieza)
 |  |  |  |  |
| * 1. Un carro de curaciones equipado con insumos necesarios para cualquier procedimiento.
 |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos.
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador y oxímetro, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.)
 |  |  |  |  |
| * 1. Tensiómetro de mercurio de pie o pared (1 pieza)
 |  |  |  |  |
| * 1. Fonendoscopio.
 |  |  |  |  |
| * 1. Linterna para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 pieza)
 |  |  |  |  |
| * 1. Negatoscopio de dos cuerpos.
 |  |  |  |  |
| * 1. Nebulizador para uso de pacientes ambulatorios (1 pieza) con oxígeno central o individual.
 |  |  |  |  |
| * 1. Vaporizador para uso de pacientes ambulatorios.
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE INTERNACIÓN INDIVIDUALES CON ESPACIO PARA ACOMPAÑANTE Y BAÑO PRIVADO**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Cama ortopédica, con barandas de seguridad.
 |  |  |  |  |
| * 1. Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama.
 |  |  |  |  |
| * 1. Un soporte para venoclisis por cada cama.
 |  |  |  |  |
| * 1. Frazadas en buenas condiciones por cada cama.
 |  |  |  |  |
| * 1. Ropero con colgadores
 |  |  |  |  |
| * 1. Una mesa de noche o velador por cama
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa de alimentación graduable, con ruedas uno por cada cama
 |  |  |  |  |
| * 1. Televisor fijo a color con buena recepción de los canales locales y TV cable y control remoto.
 |  |  |  |  |
| * 1. Una silla para visitas por cada pieza
 |  |  |  |  |
| * 1. Basureros para desechos según normas.
 |  |  |  |  |
| 1. **QUIROFANOS EQUIPOS MÉDICOS**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Dos máquinas de anestesia completas (una por cada quirófano requerido) en correcto funcionamiento. Monitor con oxímetro. (funcionamiento verificado por profesionales médicos de la CSBP)
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de resucitación completamente equipado
	2. (funcionamiento verificado por profesionales médicos de la CSBP)
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa quirúrgica articulable completa con todos los movimiento, en correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Máquinas de anestesia completas (en cada quirófano).
 |  |  |  |  |
| * 1. Un carro de paro equipado y desfibrilador para adultos y niños.
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de monitoreo multiparámetros con oximetría, incluida al equipo o como equipo adicional (en cada quirófano)
 |  |  |  |  |
| * 1. Electro bisturí mono polar y bipolar con electro coagulador, para cirugía convencional y laparoscópica que incluya placas fijas o desechables, mismo que puede ser parte de la torre de laparoscopía
 |  |  |  |  |
| * 1. Negatoscopio de dos cuerpos en cada quirófano.
 |  |  |  |  |
| * 1. Lámpara cialitica con dos brazos con sistema de regulación de intensidad luminosa (en cada quirófano)
 |  |  |  |  |
| * 1. Mascarillas y nariceras de oxígeno para adultos niños y neonatos.
 |  |  |  |  |
| * 1. Lentes de protección para todo el equipo quirúrgico.
 |  |  |  |  |
| * 1. Rodillo de transporte para movilización del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla.
 |  |  |  |  |
| * 1. El quirófano destinado a cirugía obstétrica deberá incluir una Servo cuna para asistencia de neonato. Balanza, sistema de aspiración y oxigeno
 |  |  |  |  |
| * 1. Tres mandiles de protección para Rayos “X”
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesas auxiliares para instrumentación (1 en cada quirófano)
 |  |  |  |  |
| * 1. Torre Laparoscópica e instrumental
 |  |  |  |  |
| 1. **ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Balanza para neonatología
 |  |  |  |  |
| * 1. Servocuna completa incluye monitor
 |  |  |  |  |
| * 1. Oxímetro de pulso con sensor neonatal
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesón de atención de recién nacido,
 |  |  |  |  |
| * 1. Insumos de limpieza y desinfección para la sala
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras.
 |  |  |  |  |
| * 1. Material y equipamiento para la toma de medidas antropométricas.
 |  |  |  |  |
| 1. **SALA DE NEONATOLOGÍA:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Dos incubadoras completas y en funcionamiento.
 |  |  |  |  |
| * 1. Una cuna lavable, con cajonería, transportable y con posibilidad de posición fowler.
 |  |  |  |  |
| * 1. Un equipo de fototerapia percutánea o de luz azul con filtro y protección ojos y genitales de los recién nacidos (puede ser compartido con UTIN)
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa de examen con tallímetro, balanza neonatal electrónica y equipo de antropometría neonatal
 |  |  |  |  |
| * 1. Negatoscopio de 1 cuerpo.
 |  |  |  |  |
| * 1. Iluminación central adecuada
 |  |  |  |  |
| * 1. Nebulizadores bomba de infusión
 |  |  |  |  |
| * 1. Vaporizador
 |  |  |  |  |
| * 1. Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para niños en cantidades suficientes.
 |  |  |  |  |
| * 1. Un fonendoscopio neonatal
 |  |  |  |  |
| * 1. Esterilizador de biberones.
 |  |  |  |  |
| * 1. Bañera con ducha de agua caliente y fría para baño de recién nacidos
 |  |  |  |  |
| * 1. Disponibilidad de agua hervida para preparar formulas.
 |  |  |  |  |
| * 1. Carro de curación completo con antisépticos, gasas, apósitos, torundas de todo tamaño y en cantidad suficientes.
 |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental necesario para realizar procedimientos de cirugía menor, onfaloclisis, vía central, punciones, etc.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras
 |  |  |  |  |
| * 1. Estantería para medicamentos y ropa propia de la sala.
 |  |  |  |  |
| * 1. Todas las cunas contaran con dotación de ropa de cama en condiciones óptimas de limpieza y calidad (mínimo tres juegos completos por cuna), (dos) frazadas específicas para transporte de recién nacidos.
 |  |  |  |  |
| * 1. Insumos de limpieza y desinfección suficientes
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa de procedimientos o de mayo
 |  |  |  |  |
| * 1. Disponibilidad de guantes, batas, barbijos y gorros en cantidades suficientes para los casos que requieren aislamiento por riesgo de contagio
 |  |  |  |  |
| 1. **UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (NIÑOS Y ADULTOS) EQUIPOS MÉDICOS**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Una cama de terapia intensiva (como mínimo)
 |  |  |  |  |
| * 1. Ventilador volumétrico para terapia (uno por cama).
 |  |  |  |  |
| * 1. Monitor multi parámetro para cada cama con electrocardiógrafo de registro.
 |  |  |  |  |
| * 1. Desfibrilador cardiaco con registro.
 |  |  |  |  |
| * 1. Bomba de infusión continua para cada cama
 |  |  |  |  |
| * 1. Presurizador de infusiones
 |  |  |  |  |
| * 1. Juego de laringoscopio y cánulas
 |  |  |  |  |
| * 1. Lámpara auxiliar cuello de ganso con luz fría
 |  |  |  |  |
| * 1. Carro de paro cardiaco equipado exclusivamente para Terapia Intensiva,
 |  |  |  |  |
| * 1. Negatoscopio de 2 cuerpos.
 |  |  |  |  |
| * 1. Carro de curaciones con antisépticos, gasas, torundas y apósitos en cantidades suficientes.
 |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental quirúrgico para diversos procedimientos.
 |  |  |  |  |
| * 1. ECG con registro por cama.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de aspiración completo que incluya cánulas de aspiración.
 |  |  |  |  |
| * 1. Sistema de oxígeno que incluya mascarillas y nariceras
 |  |  |  |  |
| * 1. Nebulizadores.
 |  |  |  |  |
| * 1. Vaporizador.
 |  |  |  |  |
| * 1. Humidificadores de oxígeno con mascarillas, nariceras para adultos en cantidades suficientes.
 |  |  |  |  |
| * 1. Chata, pato, riñonera, bañador, termómetro y un vaso individual por cada cama.
 |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPAMIENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de Rx correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipos de tomografía correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de ecografía correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de electrocardiograma correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de Ecocardiograma correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de resucitación, con disponibilidad de carro de paro cardiaco completo, con desfibrilador y oxímetro, ambu, laringoscopio, cánulas de mayo y laríngeas para niños, adultos y neonatal, etc.) correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Deben de contar con equipamiento adecuado en casos de recibir sueros, oxigeno
 |  |  |  |  |
| * 1. Tensiómetro de mercurio de pie o pared (1 pieza)
 |  |  |  |  |
| * 1. Camilla de transporte adecuada para emergencia (1 pieza)
 |  |  |  |  |
| * 1. Lámpara auxiliar cuello de ganso de luz fría (1 pieza).
 |  |  |  |  |
| * 1. Un carro de curaciones equipado con insumos necesarios para cualquier procedimiento, correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental quirúrgico suficiente para efectuar curaciones, suturas, cirugías menores y otros procedimientos.
 |  |  |  |  |
| * 1. Fonendoscopio. correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Linterna para uso médico adecuadas para el examen del paciente (1 pieza) correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Balanza de pie con tallímetro (una Pieza) correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Balanza pediátrica (una pieza) correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Negatoscopio de dos cuerpos, correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Nebulizador para uso de pacientes ambulatorios (1 pieza) con oxígeno central o individual, correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Vaporizador para uso de pacientes ambulatorios, correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Aire acondicionado, correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| * 1. Silla de ruedas (1 pieza), correcto funcionamiento
 |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA- OBSTETRICIA:**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental ginecológico básico para realizar consultas.
 |  |  |  |  |
| * 1. Camilla ginecológica
 |  |  |  |  |
| * 1. Camilla para atención en consulta
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de computación y software médico
 |  |  |  |  |
| * 1. Instalación telefónica con comunicación interna y externa.
 |  |  |  |  |
| * 1. Iluminación, ventilación y calefacción adecuadas
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa de examen
 |  |  |  |  |
| * 1. Lavamanos y todos los insumos.
 |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO PEDIATRÍA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental pediátrico básico para realizar consultas.
 |  |  |  |  |
| * 1. Camilla pediátrica
 |  |  |  |  |
| * 1. Equipo de nebulización
 |  |  |  |  |
| * 1. Balanza
 |  |  |  |  |
| * 1. Tallímetro
 |  |  |  |  |
| * 1. Estacionero
 |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DE MEDICINA INTERNA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental básico para realizar consultas.
 |  |  |  |  |
| * 1. Camilla
 |  |  |  |  |
| * 1. Balanza
 |  |  |  |  |
| * 1. Tallímetro
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa de examen
 |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental básico para realizar consultas.
 |  |  |  |  |
| * 1. Camilla
 |  |  |  |  |
| * 1. Estuche de diagnóstico.
 |  |  |  |  |
| * 1. Lampara de hendidura.
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa para consultorio
 |  |  |  |  |
| * 1. Oftalmoscopio directo e indirecto.
 |  |  |  |  |
| * 1. Pantalla de agudeza visual y proyector.
 |  |  |  |  |
| * 1. Foroptero
 |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPO MÍNIMO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Instrumental de Traumatología para realizar consultas.
 |  |  |  |  |
| * 1. Camilla
 |  |  |  |  |
| * 1. Balanza
 |  |  |  |  |
| * 1. Tallímetro
 |  |  |  |  |
| * 1. Tensiómetro
 |  |  |  |  |
| * 1. Mesa de examen
 |  |  |  |  |
| * 1. Negatoscopio
 |  |  |  |  |
| 1. **SISTEMA ANTIINCENDIOS.**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Instalados según normas internacionales para centros hospitalarios, con cobertura a todos los ambientes utilizados por la CSBP.
 |  |  |  |  |
| 1. **SERVICIO DE SEGURIDAD**

(Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. Personal de seguridad las 24 horas, para el resguardo y protección de los bienes y personas que acuden al servicio hospitalario.
 |  |  |  |  |
| **K. SISTEMA INFORMATICO**  |  |  |  |  |
| 1. El servicio médico tiene que utilizar el sistema SAMI de la CSBP para registrar sus atenciones.
 |  |  |  |  |
| **L. HABILITACION**  |  |  |  |  |
| *Certificado de Habilitación ante el SEDES vigente a la fecha de apertura.**Presentar fotocopia del certificado*  |  |  |  |  |
| **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EMPRESA Y DEL PERSONAL** |  |  |  |  |
| **A. EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DE LA EMPRESA A SER CONTRATADA;**  |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia General.** Experiencia 5 años prestando servicios médicos.

Presentar fotocopias de contratos suscritos los últimos cinco años.  |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia Específica.** Experiencia mínimo 5 años prestando servicio a un Ente Gestor de Salud.

Presentar fotocopias de contratos suscritos los últimos cinco años. |  |  |  |  |
| **B. PERSONAL**  |  |  |  |  |
| 1. **Formación del Personal Propuesto**
	1. Médico General Título en provisión nacional o título profesional en Medicina General.
	2. Médicos especialistas: Título en provisión nacional o título profesional en Medicina General. Título de Especialista en Medicina interna. Ginecología, Pediatría, cardiología, traumatología, Urología, neurología.
	3. Licenciada en Enfermería Título en provisión nacional o título profesional en Enfermería
	4. Imagenólogo Título en provisión nacional o título profesional en Imagenología.
	5. Bioquímico Título en provisión nacional o título profesional en Bioquímica

Debe adjuntar fotocopia de los títulos de cada profesional. |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia del Personal Propuesto**
	1. Médico General: 2 años de experiencia en medicina general
	2. Médicos especialistas: 2 años de experiencia según la especialidad
	3. Licenciada en Enfermería: 2 años de experiencia como licenciada en enfermería
	4. Imagenólogo: 2 años de experiencia como Imagenologo
	5. Bioquímico: 2 años de experiencia como bioquímico

Debe adjuntar fotocopias de certificados de trabajo de cada profesional propuesto. |  |  |  |  |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. **PLAZO**
 |  |  |  |  |
| El servicio se contratará por 1 año |  |  |  |  |
| **B. LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO;**  |  |  |  |  |
| COBIJA- PANDO -BOLIVIA |  |  |  |  |
| **C. RÉGIMEN DE MULTAS** |  |  |  |  |
| Se aplicarán multas del 2% por incumplimiento en el servicio, calculado sobre el importe de la factura cobrada |  |  |  |  |
| **D. AGENTE DE SERVICIO;** |  |  |  |  |
| 1. Un coordinador del área médica 2. Un coordinador del área administrativa |  |  |  |  |
| **E. FORMA DE PAGO: MENSUAL** |  |  |  |  |
| Una vez presenten la factura de mes con el respaldo correspondiente de las atenciones prestadas (evento), se cancelará el mes siguiente hasta el último día de mes, previa conformidad de pago. |  |  |  |  |
| **F. ACUERDO DEL NIVEL DE SERVICIO**  |  |  |  |  |
| De forma previa a la suscripción del contrato con el proveedor de servicios médicos, se establece el Acuerdo de Nivel de Servicio, documento que será parte del contrato respectivo. (Manifestar aceptación) |  |  |  |  |
|  |

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**LOTE 2” SERVICIOS DE LABORATORIO”**

| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**(Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE** | **Observaciones** (especificar el porqué no cumple) |
| **SI** | **NO** |
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **SERVICIOS DE LABORATORIO** |  |  |  |  |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
|  **LOTE 2” SERVICIOS DE LABORATORIO”** |  |  |  |  |
| 1. Equipos para realización de pruebas de laboratorio comunes (centrifugadora, micro centrifugadora, rotador, microscopio, gradillas)
 |  |  |  |  |
| 1. Hematología
 |  |  |  |  |
| 1. Química Sanguínea
 |  |  |  |  |
| 1. Serología
 |  |  |  |  |
| 1. Uro análisis
 |  |  |  |  |
| 1. Coproparasitologia
 |  |  |  |  |
| 1. Bacteriología
 |  |  |  |  |
| 1. Diagnóstico de embarazo
 |  |  |  |  |
| 1. Exámenes Especiales
 |  |  |  |  |
| 1. Insumos necesarios para pruebas de laboratorio comunes (Jeringas, tubos de ensayo, pipetas, micropipetas, guantes, barbijos, etc)
 |  |  |  |  |
| 1. Realizar exámenes de gabinete
 |  |  |  |  |
| 1. Brindar información relacionada con procedimientos para toma de muestra y otros, a los asegurados y beneficiarios de la Caja
 |  |  |  |  |
| 1. Toma de muestra de pacientes ambulatorios en horarios oportunos y necesarios para su procesamiento (07:30 a 09:30)
 |  |  |  |  |
| 1. Toma de muestra en casos de Urgencias y Emergencias en el lugar requerido
 |  |  |  |  |
| 1. Compromiso de responsabilidad con el servicio ofertado y buen trato a los asegurados y beneficiarios
 |  |  |  |  |
| 1. Cumplimiento de normas y protocolos de laboratorio de análisis Clínico
 |  |  |  |  |
| 1. Cumplir con todas las normas y disposiciones de la CSBP
 |  |  |  |  |
| 1. **LABORATORIO CARACTERÍSTICAS:**

 (Requisitos a verificarse mediante inspección por profesionales médicos de la CSBP) |  |  |  |  |
| * 1. El Centro de exámenes clínicos debe contar con este servicio para casos en los que la CSBP requiera para pacientes hospitalizados, en quirófano y en situaciones de emergencia
 |  |  |  |  |
| 1. Capacidad para toma de muestras en horarios nocturnos, fines de semana, feriados y días no laborables.
 |  |  |  |  |
| **L. HABILITACION**  |  |  |  |  |
| Certificado de Habilitación ante el SEDES vigente a la fecha de apertura.Presentar fotocopia del certificado |  |  |  |  |
| 1. **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EMPRESA Y DEL PERSONAL**
 |  |  |  |  |
| **A. EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DE LA EMPRESA A SER CONTRATADA;**  |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia General.** Experiencia 3 años prestando servicios.

Presentar fotocopias de contratos suscritos los últimos tres años.  |  |  |  |  |
| 1. **Experiencia Específica.** Experiencia mínimo 1 años prestando servicio a un Ente Gestor de Salud.
2. Presentar fotocopia de contratos suscritos el último años.
 |  |  |  |  |
| 1. **B. PERSONAL**
 |  |  |  |  |
| 1. **Formación del Personal Propuesto**
	1. Bioquímico Título en provisión nacional o título profesional en Bioquímica

Debe adjuntar fotocopia de los títulos de cada profesional. |  |  |  |  |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| 1. **PLAZO**
 |  |  |  |  |
| 1. El servicio se contratará por 2 año
 |  |  |  |  |
| 1. **B. LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO;**
 |  |  |  |  |
| 1. COBIJA- PANDO -BOLIVIA
 |  |  |  |  |
| 1. **C. RÉGIMEN DE MULTAS**
 |  |  |  |  |
| 1. Se aplicarán multas del 2% por incumplimiento en el servicio, calculado sobre el importe de la factura cobrada
 |  |  |  |  |
| 1. **D. AGENTE DE SERVICIO;**
 |  |  |  |  |
| 1. Un coordinador del área médica
2. Un coordinador del área administrativa
 |  |  |  |  |
| 1. **E. FORMA DE PAGO: MENSUAL**
 |  |  |  |  |
| 1. Una vez presenten la factura de mes con el respaldo correspondiente de las atenciones prestadas (evento), se cancelará el mes siguiente hasta el último día de mes, previa conformidad de pago.
 |  |  |  |  |
| **F. ACUERDO DEL NIVEL DE SERVICIO**  |  |  |  |  |
| 1. De forma previa a la suscripción del contrato con el proveedor de servicios médicos, se establece el Acuerdo de Nivel de Servicio, documento que será parte del contrato respectivo. (Manifestar aceptación)
 |  |  |  |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

***LOTE 1”SERVICIOS DE HOSPITALIZACION*** ***“ COBIJA 2022***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| 1 | **ATENCIÓN AMBULATORIA** |  |
| 1.1 | CONSULTA DE CARDIOLOGÍA |  |
| 1.2 | CONSULTA DE CIRUGIA GENERAL |  |
| 1.3 | CONSULTA DE EMERGENCIA |  |
| 1.4 | CONSULTA DE EMERGENCIA GINECOLOGIA |  |
| 1.5 | CONSULTA DE EMERGENCIA OTRAS ESPECIALIDADES |  |
| 1.6 | CONSULTA DE EMERGENCIA PEDIATRIA |  |
| 1.7 | CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA |  |
| 1.8 | CONSULTA DE GINECOLOGIA Y OBST. |  |
| 1.9 | CONSULTA DE MEDICINA GENERAL |  |
| 1.10 | CONSULTA DE MEDICINA INTERNA |  |
| 1.11 | CONSULTA DE NEFROLOGIA |  |
| 1.12 | CONSULTA DE NEUROCIRUGIA |  |
| 1.13 | CONSULTA DE NEUROLOGIA  |  |
| 1.14 | CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA |  |
| 1.15 | CONSULTA DE PEDIATRIA |  |
| 1.16 | CONSULTA DE PSIQUIATRIA |  |
| 1.17 | CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA |  |
| 1.18 | CONSULTA DE UROLOGÍA |  |
| 1.19 | CONSULTA FISIOTERAPIA |  |
| 1.20 | CONSULTA FONOAUDIOLOGIA |  |
| 1.21 | FISIOTERAPIA POR SESION  |  |
| 1.22 | HEMODIALISIS POR SESION |  |
| 1.23 | HONORARIOS POR DIA DE SEGUIMIENTO A PACIENTES INTERNADOS POR INTERCONSULTA (OTRAS ESPECIALIDADES) |  |
| 1.24 | HONORARIOS POR DIA DE SEGUIMIENTO A PACIENTES INTERNADOS (OTRAS ESPECIALIDADES EN EMERGENCIA) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| 2 | **HOSPITALIZACIÓN** |   |
| 2.1 | ATENCIONES DE RECIEN NACIDO POR PARTO O CESAREA |  |
| 2.2 | CUNA PARA RECIEN NACIDO |  |
| 2.3 | DERECHO A SALA DE PARTO |  |
| 2.4 | DERECHO QUIROFANO (CIRUGIA MAYOR) |  |
| 2.5 | DERECHO QUIROFANO (CIRUGIA MENOR) |  |
| 2.6 | HEMODIALISIS DE URGENCIA  |  |
| 2.7 | INCUBADORA CON FOTOTERAPIA POR DIA |  |
| 2.8 | INCUBADORA POR DIA |  |
| 2.9 | NEONATOLOGIA |  |
| 2.10 | OBSERVACIÓN EN SALA HASTA 3 HORAS |  |
| 2.11 | OBSERVACIÓNEN UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA POST OPERATORIO  |  |
| 2.12 | OXIGENO POR LIBRA |  |
| 2.13 | SALA INDIVIDUAL POR DIA |  |
| 2.14 | UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIO |  |
| 2.15 | USO DE TORRE DE LAPAROSCOPÍA |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| **3** | **PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS** |  |
| 3.1 | AUDIOMETRÍA |  |
| 3.2 | CARDIOTOCOGRAFÍA |  |
| 3.3 | COLONOSCOPIA  |  |
| 3.4 | DENSITOMETRIA OSEA |  |
| 3.5 | DOPPLER ARTERIAL MIEMBROS INFERIORES |  |
| 3.6 | DOPPLER VENOSO MIEMBROS INFERIORES |  |
| 3.7 | ECO DOPPLER CAROTIDEO |  |
| 3.8 | ECO FAST EN UNIDAD DE URGENCIAS |  |
| 3.9 | ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR |  |
| 3.10 | ECOCARDIOGRAMA BED SIDE |  |
| 3.11 | ECOGRAFÍA DE ABDÓMEN  |  |
| 3.12 | ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA |  |
| 3.13 | ECOGRAFÍA DE TIROIDES  |  |
| 3.14 | ECOGRAFÍA ENDOVAGINAL |  |
| 3.15 | ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA  |  |
| 3.16 | ECOGRAFIA MAMARIA |  |
| 3.17 | ECOGRAFIA MORFOLOGICA FETAL |  |
| 3.18 | ECOGRAFIA OBSTETRICA |  |
| 3.19 | ECOGRAFIA RENAL |  |
| 3.20 | ECOGRAFÍA TESTICULAR |  |
| 3.21 | EDAD OSEA |  |
| 3.22 | ELECTROCARDIOGRAMA |  |
| 3.23 | ELECTROENCEFALOGRAMA  |  |
| 3.24 | ENDOSCOPÍA |  |
| 3.25 | ERGOMETRÍA |  |
| 3.26 | ESPIROMETRÍA |  |
| 3.27 | HISTEROSALPINGOGRAFIA |  |
| 3.28 | HISTEROSONOGRAFIA |  |
| 3.29 | HOLTER EKG DE 24 HORAS |  |
| 3.30 | M.A.P.A. |  |
| 3.31 | RX DIGITAL (POR INCIDENCIA) |  |
| 3.32 | RX PANORÁMICO |  |
| 3.33 | TAC COLUMNA CERVICAL |  |
| 3.34 | TAC DE ABDDOMEN Y PELVIS |  |
| 3.35 | TAC DE ABDOMEN SUPERIOR |  |
| 3.36 | TAC DE COLUMNA DORSAL |  |
| 3.37 | TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA |  |
| 3.38 | TAC DE CRANEO CON SERIE OSEA |  |
| 3.39 | TAC DE CRANEO SIMPLE |  |
| 3.40 | TAC DE MACIZO FACIAL CON RECOSTRUCCIÓN 3D |  |
| 3.41 | TAC DE MIEMBROS CON RECOSTRUCCION 3D |  |
| 3.42 | TAC DE PELVIS |  |
| 3.43 | TAC DE SENOS PARANASALES |  |
| 3.44 | TAC DE TORAX |  |
| 3.45 | TAC DENTAL |  |
| 3.46 | TOMOGRAFÍA CON CONTRASTE  |  |
| 3.47 | UROGRAFIA EXCRETORA |  |
| 3.48 | UROTAC |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| **4** | **PROCEDIMIENTOS MENORES** |  |
| 4.1 | CANALIZACION DE ACCESO VENOSO PERIFERICO |  |
| 4.2 | COLOCACION DE SONDA FOLEY |  |
| 4.3 | COLOCACIÓN DE SONDA NASOGASTRICA |  |
| 4.4 | COLOCACION DE TUBO PLEURAL |  |
| 4.5 | DRENAJE DE ABSESO |  |
| 4.6 | ENEMA EVACUANTE (RECTAL) |  |
| 4.7 | EXTRACION DE CUERPO EXTRAÑO (OIDO O NARIZ) |  |
| 4.8 | FRENILECTOMIA |  |
| 4.9 | INSTALACION DE VIA CENTRAL |  |
| 4.10 | INYECTABLE ENDOVENOSO |  |
| 4.11 | INYECTABLE INTRAMUSCULAR |  |
| 4.12 | LAVADO DE OIDO |  |
| 4.13 | NEBULIZACIÓN |  |
| 4.14 | SEDACION |  |
| 4.15 | TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| **5** | **PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS** |  |
| 5.1 | ABDOMEN AGUDO GINECOLOGICO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.2 | AMEU (ASPIRADO MANUAL ENTRAUTERINO) C/SEDACION EMERGENCIAS (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.3 | AMEU (ASPIRADO MANUAL ENTRAUTERINO) S/ SEDACION EMERGENCIAS (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA)  |  |
| 5.4 | APENDICECTOMIA (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.5 | BIOPSIA DE PIEL  |  |
| 5.6 | CESAREA (EMERGENCIAS) (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.7 | CESAREA MAS SALPINGOCLASIA BILATERAL (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.8 | CESAREA (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.9 | COLECISTECTOMIA (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.10 | COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPIA (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.11 | COLOCACION DE YESO (sin material) |  |
| 5.12 | COLPOPERINEORRAFIA ANTERIOR O POSTERIOR |  |
| 5.13 | CORTE DE ADHERENCIAS VULVARES |  |
| 5.14 | CULDOCENTESIS |  |
| 5.15 | CURACION DE QUEMADO |  |
| 5.16 | CURACION PLANA |  |
| 5.17 | DRENAGE ABSCESO GLANDULA DE BARTOLINO |  |
| 5.18 | DRENAJE DE ABSCESOS MAMARIO |  |
| 5.19 | ELECTROFULGURACION DE LESIONES DE PIEL O GENITALES |  |
| 5.20 | EMBARAZO ECTOPICO COMPLICADO (EMERGENCIAS) (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.21 | EMBARAZO ECTOPICO NO COMPLICADO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.22 | ESTUDIO ANATOPATOLOGICO PIEZA GRANDE |  |
| 5.23 | ESTUDIO ANATOPATOLOGICO PIEZA PEQUEÑA |  |
| 5.24 | EXTIRPACION DE QUISTE DE BARTHOLINO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.25 | EXTRACCION DE NODULO O QUISTE MAMARII (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.26 | EXTRACCION DE TEJIDO MAMARIO AXILAR ACCESORIO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.27 | HISTERECTOMIA VIA ABDOMINAL (EMERGENCIAS) (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.28 | HISTERECTOMIA (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.29 | IMPLANTE ANTICONCEPTIVO  |  |
| 5.30 | INDUCCION MAS ATENCION DE PARTO (CIRUJANO-AYUDANTE-ENFERMERA) |  |
| 5.31 | INSERCIO DIU |  |
| 5.32 | LAPAROTOMIA POR ABDOMEN AGUDO QUIRUGICO GINECOLOGO (EMERGENCIAS) (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.33 | LAVADO GASTRICO |  |
| 5.34 | LEGRADO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.35 | LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (EMERGECNIAS) (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.36 | MIOMECTOMIA (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.37 | OPERACIONDE INCONTINENCIA DE CUELLO UTERINO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.38 | PARTO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.39 | POLIPECTOMIA CERVICAL |  |
| 5.40 | PUNCION LUMBAR |  |
| 5.41 | QUIETE O TUMOR DE OVARIO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.42 | QUISTE DE OVARIO COMPLICADO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.43 | QUISTE DE OVARIO (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.44 | REANIMACION CARIOPULMONAR  |  |
| 5.45 | REDUCCION DE LUXACIONES |  |
| 5.46 | RETIRO DE PUNTOS |  |
| 5.47 | RETIRO IMPLANTE ANTICONCEPTIVO |  |
| 5.48 | SALPINGOCLASIA BILATERAL (CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |
| 5.49 | SUTURA (POR PUNTO) |  |
| 5.50 | TOMA DE BIOPSIS (VAGINAL CERVICAL VULVA) |  |
| 5.51 | TRATAMIENTO TÓPICO DEL CONDILOMA |  |
| 5.52 | TRAUMATISMO DE VULVA O VAGINA (LACERACION, DESGARRO, ETC EMERGENCIAS, CIRUJANO-AYUDANTE-ANESTECISTA-ENFERMERA) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| 6 | **OTROS** |  |
| 6.1 | AMBULANCIA CON ENFERMERA |  |
| 6.2 | AMBULANCIA PARA PACIENTE CRITICO  |  |
| 6.3 | VITAMINA D, 25 OH (D2,D3) |  |

***LOTE 2 “LABORATORIOS” COBIJA 2022***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| 1 | **LABORATORIO CLINICO** |  |
| 1.1 | ACIDO ÚRICO |  |
| 1.2 | ADA |  |
| 1.3 | AFP ALFAFETOPROTEINA |  |
| 1.4 | ALBUMINA |  |
| 1.5 | ALFAFETOPROTEINA |  |
| 1.6 | AMILASA |  |
| 1.7 | ANTI TIROGLOBULINA |  |
| 1.8 | ANTI TPO |  |
| 1.9 | ANTICUERPOS ANDI DNA |  |
| 1.10 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES |  |
| 1.11 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO PSA |  |
| 1.12 | ANTIGENO PROSTATICO LIBRE PSA |  |
| 1.13 | ASTO |  |
| 1.14 | BILIRRUBINA DIRECTA  |  |
| 1.15 | BILIRRUBINA TOTAL |  |
| 1.16 | BILIRRUMINA INDIRECTA |  |
| 1.17 | BUN |  |
| 1.18 | CA 15:3 |  |
| 1.19 | Ca 19.9 |  |
| 1.20 | Ca125 |  |
| 1.21 | CALCIO |  |
| 1.22 | CEA |  |
| 1.23 | CHAGAS |  |
| 1.24 | CITOMEGALOVIRUS IGG |  |
| 1.25 | CITOMEGALOVIRUS IGM |  |
| 1.26 | CLAMIDIA IGG |  |
| 1.27 | CLAMIDIA IGM |  |
| 1.28 | CLEARENCE DE CREATININA |  |
| 1.29 | CLORO |  |
| 1.30 | COLESTEROL TOTAL |  |
| 1.31 | COOMBS DIRECTO |  |
| 1.32 | COPROCULTIVOS |  |
| 1.33 | COPROPARASITOLOGICO SERIADO |  |
| 1.34 | COPROPARASITOLOGICO SIMPLE |  |
| 1.35 | CORTISOL AM 7:30-8:30 |  |
| 1.36 | CORTISOL PM 16:30-17:30 |  |
| 1.37 | COVID 19 ANTICUERPOS NEUTRALIZANTES |  |
| 1.38 | COVID 19 ANTIGENO NASAL |  |
| 1.39 | COVID 19 ELISA IGG IGM |  |
| 1.40 | CREATINFOSFOKINASA (CK AC) |  |
| 1.41 | CREATINFOSFOKINASA MB (CK MB) |  |
| 1.42 | CREATININA |  |
| 1.43 | CULTIVO DE SECRECIONES |  |
| 1.44 | CURVA TOLERANCIA GLUCOSA 3 TOMAS |  |
| 1.45 | DIMERO D |  |
| 1.46 | ESPERMIOGRAMA |  |
| 1.47 | ESPERMOCULTIVO |  |
| 1.48 | ESTRADIOL |  |
| 1.49 | ESTREPTOLISISNA O |  |
| 1.50 | EXAMEN EN FRESCO |  |
| 1.51 | EXAMEN GENERAL DE ORINA |  |
| 1.52 | FACTOR REUMATOIDEO |  |
| 1.53 | FERRITINA |  |
| 1.54 | FIBRINOGENO |  |
| 1.55 | FOSFATASA ALCALINA |  |
| 1.56 | FOSFORO |  |
| 1.57 | FSH |  |
| 1.58 | FSH |  |
| 1.59 | GASOMETRIA  |  |
| 1.60 | GGT |  |
| 1.61 | GLICEMIA |  |
| 1.62 | GLICEMIA POR CINTA |  |
| 1.63 | GLICEMIA POST PRANDIAL |  |
| 1.64 | GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA |  |
| 1.65 | GOT  |  |
| 1.66 | GOTA GRUESA |  |
| 1.67 | GPT |  |
| 1.68 | GRUPO SANGUINEO Y RH |  |
| 1.69 | H.D.L. COLESTEROL |  |
| 1.70 | HELICOBACTER PILORY |  |
| 1.71 | HEMATOCRITO |  |
| 1.72 | HEMOCULTIVOS |  |
| 1.73 | HEMOGLOBINA  |  |
| 1.74 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA  |  |
| 1.75 | HEMOGRAMA AUTOMATIZADO |  |
| 1.76 | HEPATITIS A |  |
| 1.77 | HEPATITIS B |  |
| 1.78 | HEPATITIS C |  |
| 1.79 | HERPES I-II |  |
| 1.80 | HIERRO SERICO |  |
| 1.81 | HISOPADO FARINGEO |  |
| 1.82 | IGE |  |
| 1.83 | INSULINA BASAL |  |
| 1.84 | ISOPADO FARIGEO |  |
| 1.85 | ISOPADO URETRAL |  |
| 1.86 | L.D.H (DESHIDROGENASA LACTICA) |  |
| 1.87 | L.D.L. COLESTEROL |  |
| 1.88 | LH |  |
| 1.89 | LIPASA |  |
| 1.90 | MAGNESIO  |  |
| 1.91 | MICROALBUMINURIA |  |
| 1.92 | MIOGLOBINA |  |
| 1.93 | MOCO FECAL |  |
| 1.94 | PCR |  |
| 1.95 | POTASIO |  |
| 1.96 | PRO BNP |  |
| 1.97 | PROCALCITONINA |  |
| 1.98 | PROGESTERONA |  |
| 1.99 | PROLACTINA |  |
| 1.100 | PROTEINAS EN ORINA |  |
| 1.101 | PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS |  |
| 1.102 | PROTEINAS TOTALES |  |
| 1.103 | PROTEINURIA 24 HORAS |  |
| 1.104 | PRUEBA DE EMBARAZO CUANTITATIVA |  |
| 1.105 | PRUEBA RAPIDA DE DENGUE |  |
| 1.106 | PRUEBA RAPIDA DE PSA |  |
| 1.107 | PRUEBA RAPIDA DE VIH |  |
| 1.108 | REACCIONDE WIDAL |  |
| 1.109 | RECUENTO DE PLAQUETAS |  |
| 1.110 | RETRACCIÓN DE COAGULO  |  |
| 1.111 | ROTAVIRUS |  |
| 1.112 | RPR O VDRL |  |
| 1.113 | RT-PCR COVID 19 |  |
| 1.114 | SODIO |  |
| 1.115 | T3 |  |
| 1.116 | T4 LIBRE |  |
| 1.117 | TAMISAJE NEONATAL COMPLETO |  |
| 1.118 | TEST DE ALERGENOS PEDIATRICOS |  |
| 1.119 | TEST DE CRISTALIZACION |  |
| 1.120 | TESTOSTERONA LIBRE |  |
| 1.121 | TESTOSTERONA TOTAL |  |
| 1.122 | TIEMPO DE COAGULACIÓN  |  |
| 1.123 | TIEMPO DE SANGRIA  |  |
| 1.124 | TINCION DE GRAM + EXAMEN EN FRESCO |  |
| 1.125 | TOXICOLOGICO |  |
| 1.126 | TOXOPLASMOSIS IGG |  |
| 1.127 | TOXOPLASMOSIS IGM |  |
| 1.128 | TP + INR |  |
| 1.129 | TRIGLICERIDOS |  |
| 1.130 | TROPINA I CUALITATIVA |  |
| 1.131 | TROPONINA I CUANTITATIVA |  |
| 1.132 | TSH |  |
| 1.133 | TTPA |  |
| 1.134 | UREA |  |
| 1.135 | UROCULTIVO |  |
| 1.136 | V.D.L. COLESTEROL |  |
| 1.137 | VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN |  |
| 1.138 | VES |  |

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

***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: ON-AL-C- N° 000/20xx

MODELO

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…………….

 ………………………………

 **GERENTE GENERAL c.s.b.p**

**………….**

**representante legal**

**ACUERDO DE NIVEL DE SERVICIO**

**CSBP REGIONAL PANDO Y SERVICIOS HOSPITALARIOS**

1. **ALCANCE Y OBJETIVO**

El presente acuerdo establece las condiciones que normaran la relación y funcionamiento de trabajo entre la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA** y el Servicio Médico contratado, en base a los requerimientos de nuestra Institución.

1. **DURACIÓN**

El presente documento tendrá la misma duración del contrato firmado entre las partes.

1. **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO. -**

El servicio que nuestras Institución requiere contratar está dirigido al área de salud de acuerdo al siguiente detalle:

* Hospitalización
* Emergencias
* Consultas de especialidades
* Servicio de apoyo al Diagnostico.

* 1. **HOPITALIZACION**

La hospitalización es el servicio destinado al internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y recuperación, se requiere de profesionales y auxiliares con las condiciones idóneas de capacitación y experiencia, donde la eficiencia de los procesos clínicos refleje el diagnóstico preciso, tratamiento adecuado y óptima evolución de nuestros asegurados.

Los requerimientos para este servicio son los siguientes:

* El servicio médico tiene que utilizar el sistema SAMI de la CSBP para registrar sus atenciones.
* Previa internación de un asegurado debe ser comunicado al Coordinador Médico para su autorización.
* Las salas de internación deben ser privadas (para una sola persona internada) cómodas, contar con baño privado.
* Las salas deben contar con sistema de climatización ambiental adecuado para cada caso.
* Deben de contar con equipamiento adecuado en casos de recibir sueros, oxigeno.
* Deben de contar con un cronogramada de asistencia por parte de la enfermería para el suministro de medicamentos y control del paciente.
* La alimentación debe ser procesada por una persona capacitada con conocimiento en nutrición. Y supervisada por un personal capacitado del centro.
	1. **EMERGENCIAS. -**

Se entiende por servicios de emergencia a la atención de una lesión o enfermedad que plantea una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.

Los requerimientos para este servicio son los siguientes:

* En el área de emergencias se deben atender a pacientes que presenten síntomas de atención inmediata.
* Para atender a un asegurado en emergencias, necesariamente debe presentar su carnet de seguro o una nota de autorización emitida por Coordinación Medica.
* En las atenciones de emergencias se deben suministrar medicamentos para controlar los signos vitales del paciente, mismos que serán cubiertos por la CSBP.
* La sala de emergencias debe contar por lo menos con 2 camillas, Tensiómetro, Termómetro, Monitorización, Oxigeno, Personal paramédico y medico de turno.
* Las salas deben contar con sistema de climatización ambiental adecuado para cada caso.
* El ambiente debe ser cómodo e iluminado.
* El personal que prestará la atención medica lo debe realizar con amabilidad, cordialidad y prestar un servicio con calidez y calidad humana.
	1. **CONSULTA EXTERNA. –**

**Cardiólogo:**

* El personal médico a contratar debe presentar su documentación de respaldo demostrando su nivel de estudio y experiencia laboral.
* El médico que prestara el servicio de atención por especialidad, lo debe realizar con calidez y calidad humana, demostrando amabilidad, cortesía, educación y sobre todo empatía.
* El consultorio del médico debe contar con un espacio cómodo, limpio, claro, climatizado el cual debe transmitir tranquilidad, armonía y mucha confianza con el especialista.
* Debe contar con un equipo de electrocardiograma.
* Debe contar con un equipo de computación para registrar sus atenciones médicas en nuestro sistema medico SAMI.
* Debe proporcionar toda la información que requiera el paciente.
* Se tiene que tener una comunicación permanente entre el profesional y el personal de la CSB para coordinar las atenciones médicas y todo lo referente al servicio.
* La CSBP realizará el pago del servicio hasta la segunda semana del siguiente mes (del mes cobrado).
* En caso de no poder atender el profesional debe hacer conocer a la CSBP con mínimo 2 horas de anticipación, para comunicar al asegurado.
* El especialista debe contar con una hora para las atenciones de nuestros asegurados, previa coordinación con la CSBP.
* Debe hacer llegar el cobro en fecha 21 de cada mes, realizando su corte de atenciones en fecha 20.
* El cobro lo debe realizar contando con todos los respaldos de su atención vale decir:
* Orden de atención
* Historia clínica, detallando todos los procedimientos a realizar, exámenes solicitados y medicamentos prescritos.
* Nota de cobro, planilla de Excel con las atenciones registradas, el costo de cada una.
* Factura por el servicio prestado.

**Urología. -**

* El personal médico a contratar debe presentar su documentación de respaldo demostrando su nivel de estudio y experiencia laboral.
* El médico que prestara el servicio de atención por especialidad, lo debe realizar con calidez y calidad humana, demostrando amabilidad, cortesía, educación y sobre todo empatía.
* El consultorio del médico debe contar con un espacio cómodo, limpio, claro, climatizado el cual debe transmitir tranquilidad, armonía y mucha confianza con el especialista.
* Debe contar con el equipo necesario para realizar sus controles y exámenes.
* Debe contar con un equipo de computación para registrar sus atenciones médicas en nuestro sistema medico SAMI.
* Debe proporcionar toda la información que requiera el paciente.
* Se tiene que tener una comunicación permanente entre el profesional y el personal de la CSB para coordinar las atenciones médicas y todo lo referente al servicio.
* La CSBP realizará el pago del servicio hasta la segunda semana del siguiente mes (del mes cobrado).
* En caso de no poder atender el profesional debe hacer conocer a la CSBP con dos horas de anticipación, para comunicar al asegurado.
* El especialista debe contar con una hora para las atenciones de nuestros asegurados, previa coordinación con la CSBP.
* Se debe elaborar y hacer firmar el consentimiento informado cuando corresponda según norma.
* Toda cirugía debe ser coordinada previamente con el Coordinador Médico de la CSBP
* Debe hacer llegar el cobro en fecha 21 de cada mes, realizando su corte de atenciones en fecha 20.
* El cobro lo debe realizar contando con todos los respaldos de su atención vale decir:
* Orden de atención
* Historia clínica, detallando todos los procedimientos a realizar, exámenes solicitados y medicamentos prescritos.
* Nota de cobro, planilla de Excel con las atenciones registradas, el costo de cada una.
* Factura por el servicio prestado.

**Ginecología. -**

* El personal médico a contratar debe presentar su documentación de respaldo demostrando su nivel de estudio y experiencia laboral.
* El médico que prestara el servicio de atención por especialidad, lo debe realizar con calidez y calidad humana, demostrando amabilidad, cortesía, educación y sobre todo empatía.
* El consultorio del médico debe contar con un espacio cómodo, limpio, claro, climatizado el cual debe transmitir tranquilidad, armonía y mucha confianza con el especialista.
* Debe contar con el equipo necesario para realizar sus controles y exámenes.
* Debe contar con un equipo de computación para registrar sus atenciones médicas en nuestro sistema medico SAMI.
* Debe proporcionar toda la información que requiera el paciente.
* Se tiene que tener una comunicación permanente entre el profesional y el personal de la CSB para coordinar las atenciones médicas y todo lo referente al servicio.
* La CSBP realizará el pago del servicio hasta la segunda semana del siguiente mes (del mes cobrado).
* En caso de no poder atender el profesional debe hacer conocer a la CSBP con dos horas de anticipación, para comunicar al asegurado.
* El especialista debe contar con una hora para las atenciones de nuestros asegurados, previa coordinación con la CSBP.
* Se debe elaborar y hacer firmar el consentimiento informado cuando corresponda según norma.
* Toda cirugía debe ser coordinada previamente con el Coordinador Médico de la CSBP
* Debe hacer llegar el cobro en fecha 21 de cada mes, realizando su corte de atenciones en fecha 20.
* El cobro lo debe realizar contando con todos los respaldos de su atención vale decir:
* Orden de atención
* Historia clínica, detallando todos los procedimientos a realizar, exámenes solicitados y medicamentos prescritos.
* Nota de cobro, planilla de Excel con las atenciones registradas, el costo de cada una.
* Factura por el servicio prestado.

**Pediatría. -**

* El personal médico a contratar debe presentar su documentación de respaldo demostrando su nivel de estudio y experiencia laboral.
* El médico que prestara el servicio de atención por especialidad, lo debe realizar con calidez y calidad humana, demostrando amabilidad, cortesía, educación y sobre todo empatía.
* El consultorio del médico debe contar con un espacio cómodo, limpio, claro, climatizado el cual debe transmitir tranquilidad, armonía y mucha confianza con el especialista.
* Debe contar con el equipo necesario para realizar sus controles y exámenes.
* Debe contar con un equipo de computación para registrar sus atenciones médicas en nuestro sistema medico SAMI.
* Debe proporcionar toda la información que requiera el paciente.
* Se tiene que tener una comunicación permanente entre el profesional y el personal de la CSB para coordinar las atenciones médicas y todo lo referente al servicio.
* La CSBP realizará el pago del servicio hasta la segunda semana del siguiente mes (del mes cobrado).
* En caso de no poder atender el profesional debe hacer conocer a la CSBP con dos horas de anticipación, para comunicar al asegurado.
* El especialista debe contar con una hora para las atenciones de nuestros asegurados, previa coordinación con la CSBP.
* Se debe elaborar y hacer firmar el consentimiento informado cuando corresponda según norma.
* Toda cirugía debe ser coordinada previamente con el Coordinador Médico de la CSBP
* Debe hacer llegar el cobro en fecha 21 de cada mes, realizando su corte de atenciones en fecha 20.
* El cobro lo debe realizar contando con todos los respaldos de su atención vale decir:
* Orden de atención
* Historia clínica, detallando todos los procedimientos a realizar, exámenes solicitados y medicamentos prescritos.
* Nota de cobro, planilla de Excel con las atenciones registradas, el costo de cada una.
* Factura por el servicio prestado.

**Oftalmología.**

* El personal médico a contratar debe presentar su documentación de respaldo demostrando su nivel de estudio y experiencia laboral.
* El médico que prestara el servicio de atención por especialidad, lo debe realizar con calidez y calidad humana, demostrando amabilidad, cortesía, educación y sobre todo empatía.
* El consultorio del médico debe contar con un espacio cómodo, limpio, claro, climatizado el cual debe transmitir tranquilidad, armonía y mucha confianza con el especialista.
* Debe contar con un equipo de electrocardiograma.
* Debe contar con un equipo de computación para registrar sus atenciones médicas en nuestro sistema medico SAMI.
* Debe proporcionar toda la información que requiera el paciente.
* Se tiene que tener una comunicación permanente entre el profesional y el personal de la CSB para coordinar las atenciones médicas y todo lo referente al servicio.
* La CSBP realizará el pago del servicio hasta la segunda semana del siguiente mes (del mes cobrado).
* En caso de no poder atender el profesional debe hacer conocer a la CSBP con una hora de anticipación, para comunicar al asegurado.
* El especialista debe contar con una hora para las atenciones de nuestros asegurados, previa coordinación con la CSBP.
* Toda cirugía o procedimiento ambulatorio debe ser coordinada previamente con el Coordinador Médico de la CSBP
* Debe hacer llegar el cobro en fecha 21 de cada mes, realizando su corte de atenciones en fecha 20.
* El cobro lo debe realizar contando con todos los respaldos de su atención vale decir:
* Orden de atención
* Historia clínica, detallando todos los procedimientos a realizar, exámenes solicitados y medicamentos prescritos.
* Nota de cobro, planilla de Excel con las atenciones registradas, el costo de cada una.
* Factura por el servicio prestado.

**Traumatología. -**

* El personal médico a contratar debe presentar su documentación de respaldo demostrando su nivel de estudio y experiencia laboral.
* El médico que prestara el servicio de atención por especialidad, lo debe realizar con calidez y calidad humana, demostrando amabilidad, cortesía, educación y sobre todo empatía.
* El consultorio del médico debe contar con un espacio cómodo, limpio, claro, climatizado el cual debe transmitir tranquilidad, armonía y mucha confianza con el especialista.
* Debe contar con el equipo necesario para realizar sus controles y exámenes.
* Debe contar con un equipo de computación para registrar sus atenciones médicas en nuestro sistema medico SAMI.
* Debe proporcionar toda la información que requiera el paciente.
* Se tiene que tener una comunicación permanente entre el profesional y el personal de la CSB para coordinar las atenciones médicas y todo lo referente al servicio.
* La CSBP realizará el pago del servicio hasta la segunda semana del siguiente mes (del mes cobrado).
* En caso de no poder atender el profesional debe hacer conocer a la CSBP con dos horas de anticipación, para comunicar al asegurado.
* El especialista debe contar con una hora para las atenciones de nuestros asegurados, previa coordinación con la CSBP.
* Se debe elaborar y hacer firmar el consentimiento informado cuando corresponda según norma.
* Toda cirugía debe ser coordinada previamente con el Coordinador Médico de la CSBP
* Debe hacer llegar el cobro en fecha 21 de cada mes, realizando su corte de atenciones en fecha 20.
* El cobro lo debe realizar contando con todos los respaldos de su atención vale decir:
* Orden de atención
* Historia clínica, detallando todos los procedimientos a realizar, exámenes solicitados y medicamentos prescritos.
* Nota de cobro, planilla de Excel con las atenciones registradas, el costo de cada una.

**Medicina Interna. -**

* El personal médico a contratar debe presentar su documentación de respaldo demostrando su nivel de estudio y experiencia laboral.
* El médico que prestara el servicio de atención por especialidad, lo debe realizar con calidez y calidad humana, demostrando amabilidad, cortesía, educación y sobre todo empatía.
* El consultorio del médico debe contar con un espacio cómodo, limpio, claro, climatizado el cual debe transmitir tranquilidad, armonía y mucha confianza con el especialista.
* Debe contar con el equipo necesario para realizar sus controles y exámenes.
* Debe contar con un equipo de computación para registrar sus atenciones médicas en nuestro sistema medico SAMI.
* Debe proporcionar toda la información que requiera el paciente.
* Se tiene que tener una comunicación permanente entre el profesional y el personal de la CSB para coordinar las atenciones médicas y todo lo referente al servicio.
* La CSBP realizará el pago del servicio hasta la segunda semana del siguiente mes (del mes cobrado).
* En caso de no poder atender el profesional debe hacer conocer a la CSBP con dos horas de anticipación, para comunicar al asegurado.
* El especialista debe contar con una hora para las atenciones de nuestros asegurados, previa coordinación con la CSBP.
* Se debe elaborar y hacer firmar el consentimiento informado cuando corresponda según norma.
* Todo Procedimiento ambulatorio debe ser coordinada previamente con el Coordinador Médico de la CSBP
* Debe hacer llegar el cobro en fecha 21 de cada mes, realizando su corte de atenciones en fecha 20.
* El cobro lo debe realizar contando con todos los respaldos de su atención vale decir:
* Orden de atención
* Historia clínica, detallando todos los procedimientos a realizar, exámenes solicitados y medicamentos prescritos.
* Nota de cobro, planilla de Excel con las atenciones registradas, el costo de cada una.
* Factura por el servicio prestado.
* Factura por el servicio prestado.
	1. **SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO:**
* El servicio contratado deberá prestar toda la atención a nuestros asegurados en servicios de diagnóstico bajo la siguiente condición:
* Para proceder con la realización de un examen de gabinete, el asegurado debe presentar la orden emitida por el médico tratante, llevando todos los sellos y firmas correspondientes.
* Los resultados deben ser entregados en el tiempo prudente para que el asegurado realice su Re -consulta con el médico tratante y puedan identificar el diagnóstico para su tratamiento.
* Los resultados deben ser impresos, claros y deben llevar la firma y sello del que las realizó.
* El ambiente donde se realizan los exámenes debe ser limpios, iluminados, con una buena temperatura.
* Los especialistas deben prestar la atención con calidez y calidad humana, demostrando respeto, amabilidad y empatía con el paciente.
* El detalle de cobro debe realzarse el 21 de cada mes, adjuntando la documentación de respaldo como ser:
* Nota de cobro
* Planilla de atenciones.
* Ordenes de exámenes originales, con firma y sello del especialista.
* Factura del cobro realizado.
1. **ASPECTOS TECNICOS:**
* **Disponibilidad:**

El servicio contratado debe contar con tiempo disponible para las atenciones de nuestros asegurados, mismo que será acordando con la CSBP.

El servicio debe prestarse continuamente sin presentar ausencias, en caso de que el servicio o especialista contratado no pueda realizar atenciones este debe tener un remplazo que preste la atención médica a nuestros asegurados.

* **Capacidad:**

Considerando que nuestra actividad es en base al cuidado de la salud, requerimos que en los casos que se presente una situación de contingencia negativa poniendo en riesgo la vida humana de nuestros asegurados, el especialista debe contar con un plan para poder atender a nuestros asegurados, y contar con la capacidad posible para cubrir las atenciones.

1. **SEGUIMIENTO DEL SERVICIO:**

Todas las tareas descritas de este acuerdo dispondrán de monitorización que permita un seguimiento en tiempo real del grado de cumplimiento de los niveles de servicio.

Para llevar un control del servicio prestado, mediremos el grado de satisfacción de nuestros asegurados en la plataforma de quejas de la CSBP, misma que será revisada constantemente, de la misma manera se colocará un buzón de sugerencias y quejas en nuestra oficina.

1. **PENALIZACION POR INCUMPLIMIENTO:**

La Caja de Salud de la Banca Privada, aplicara multas por concepto de penalización por bajo nivel de cumplimiento o incumplimiento del servicio ofertado. Estos se calcularán en base al nivel de incumplimiento. Equivalente al 2% de la factura a cobrar.

1. **FINALIZACION.-**

El acuerdo de nivel de servicio tendrá validez durante todo el periodo de tiempo que dure la prestación del servicio, con la vigencia del contrato.