

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### LP-CMA-001-2023

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| “SERVICIO DE RESONANCIA MAGNETICA POR EVENTO” |

**La Paz, MARZO 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO LP-CONTM-007-2022**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Regional La Paz, invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIO DE RESONANCIA MAGNETICA – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: POR EL TOTAL |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Ing. Patricia Zuazo  Dra. Samantha Rodriguez |
| Correo electrónico: patricia.zuazo@csbp.com.bo |
| Teléfono: 2317274 int.2261 |

**CONTRATO MARCO SERVICIO DE RESONANCIA MAGNETICA– PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 14/03/2023 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Consultas Escritas | Hasta: 17/03/2023 | Hasta  Hrs.16:30 | Dirigidas a:  [patricia.zuazo@csbp.com.bo](mailto:patricia.zuazo@csbp.com.bo) |
| 3 | Reunión de Aclaración | Hasta: 20/03/2023 | Hasta  Hrs.10:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 680 516 5139  Pass code: CSBP |
| 4 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 22/03/2023 | Hasta:  Hrs.14:00 | **Presentación Electrónica:**  **Presentación Física:**  Calle Federico Zuazo Esq. Reyes Ortiz Edificio Gundlach (Anexo) P1 Compras |
| 5 | Apertura de Ofertas. | Hasta: 22/03/2023 | Hasta:  Hrs.14:15 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 680 516 5139  Pass code: CSBP |
| 6 | Resultado Del Proceso | 5/04/2023 | | Se notificara de forma escrita a los proveedores |

(\*) 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:   Gerente Administrativo Financiero y Gerente Medico o Sub Gerente       * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Joaquín López Gerente General  Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero  Dr. Edgar Butron Gerente Médico  Para el presente proceso de contratación se designará un Comité de Contrataciones que dará la no objeción para la firma del Contrato. |
| 1. **IDIOMA** | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA** | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN** | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:   1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física. 2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío. 3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación. |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:   1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso. 2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación. 3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.   La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.  Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.  Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.  El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:   1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC. 2. Error en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**   **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, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. 3. Para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS** | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.  La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.  El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.  No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.  La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **REGIONAL LA PAZ,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***……………………………………………………………..***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: LP-**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**  **No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**  Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante  nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá  solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o  complementaciones a la misma.  Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.  Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.  El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continua  participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora  límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución  del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución  en el Libro de Actas o Registro Electrónico.  La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. 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. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria (Fianza Bancaria) de Seriedad de Propuesta. 9. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 10. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **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** | Se califica la propuesta con el MENOR PRECIO, procediendo a evaluar su documentación y propuesta técnica bajo el método CUMPLE / NO CUMPLE. 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. **CALIFICACION FINAL** | EVALUACIÓN: La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO.  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 manera:  Una 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 |
| 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 (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta, además de la Garantía de Cumplimiento de Contrato descrita en el punto anterior.  La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.  Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.  Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se ejecutará la garantía de seriedad de propuesta.  Si se utilizó el sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y COSTO, se adjudicará a la propuesta que haya obtenido el segundo lugar en el puntaje total.  En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO** | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |

|  |
| --- |
| **PARTE V**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** |

La Caja de Salud de la Banca privada Regional La Paz requiere realizar la contratación por EVENTO a requerimiento, para el Servicio de Resonancia Magnética.

**INTRODUCCION:**

Dentro de los exámenes complementarios y de apoyo diagnóstico se encuentran los Estudios de Resonancia magnética, que deben ser prestados con calidad y calidez a los asegurados y beneficiarios de la CSBP, en el marco de las políticas institucionales y normatividad vigente.

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

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

Experiencia en la prestación de servicios de Estudios de Resonancia magnética, de al menos 3 años.

Realizar la programación seguimiento y cumplimiento de los Estudios solicitados.

Otorgar preferencia y prioridad en la programación de los estudios del SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA requeridos por la población asegurada de la CSBP.

Coordinar con médico especialista y trabajo social sobre aspectos referidos al proceso de atención médica de pacientes transferidos.

Complementar la educación y orientación que el médico de al paciente en la consulta referidos al ámbito específico de los Servicios de Estudios de Resonancia magnética.

Mantener confidencialidad y reserva sobre los resultados que deben ser entregados 24 horas después del estudio, a la unidad de Archivo Clínico de la CSBP con el respecto informe.

No adelantar presunción diagnóstica o terapéutica al paciente o familiar.

En caso de hallazgos de alarma comunicar a Jefatura de Policonsultorio, Dirección de Clínica o Jefatura Médica Regional de la CSBP.

**REQUISITOS OBLIGATORIOS (sobre 50 puntos)**

|  |
| --- |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** |
| REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA POR EVENTO, CON UNA VIGENCIA DE 2 AÑOS CALENDARIO (24 MESES) |
| PERSONAL ASIGNADO AL SERVICIO. PERFIL ACADEMICO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA (10 PUNTOS) |
| El personal debe estar debidamente acreditado, respaldando su formación con los certificados correspondientes  Perfil del Profesional: La propuesta deberá señalar el profesional o los profesionales que otorgaran el Servicio de Estudios de Resonancia magnética, para este fin el proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano.  Título de Especialista en Radiología y/o Imagenología otorgado por Universidad reconocida.  Matricula del Ministerio de Salud y Deportes.  Experiencia profesional en la especialidad.  Se valorará formación y/o experiencia en Resonancia magnética mayor a 3 años.  Personal técnico suficiente y calificado para los estudios solicitados.  Técnico en Rayos X  Título académico y Provisión nacional  Experiencia o formación en realización de estudios de resonancia magnética |
| EQUIPAMIENTO (5 PUNTOS) |
| Equipamiento  El Establecimiento a ser contratado, debe contar con el equipamiento que se especifica, detallando en el caso de los equipos, marca, modelo, año de fabricación y otras características.  Equipamiento de la especialidad.  Equipo de SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA, para la realización de estudios simples y contrastados de diversas partes del cuerpo; descripción del tipo de corte, dimensión de tiempo de vuelo y contraste de fases; descripción de estudios dinámicos que realiza.  Especificaciones del equipo, año de fabricación, modelo, marca, tipo de resolución (teslas) |
| INFRAESTRUCTURA: (5 PUNTOS) |
| Ambientes.  Acordes para la realización del estudio, con iluminación natural y artificial suficientes. Se valorará que el proponente cuente con más de un centro de realización de estudios, para dar continuidad a los estudios sin pausas por mantenimiento o desperfectos en los equipos.  Ubicación.  El Establecimiento debe encontrarse ubicado en área accesible de la ciudad a efectos de supervisión y control.  Accesibilidad peatonal y vehicular.  Debe contar con una buena accesibilidad peatonal y vehicular.  Mobiliario acorde a un centro de la especialidad.  Los equipos deben estar ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente.  El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ. |
| HORARIOS DE ATENCION (2 PUNTOS) |
| El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento:  Los horarios de atención deben ser de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 y los días sábados de 08:00 a 14:00.  En caso de emergencias el centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos, feriados, paros cívicos, etc. sin costo adicional. |
| SERVICIO A CONTRATAR: (20 PUNTOS) |
| El proponente deberá detallar los estudios de SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA ser prestados a los asegurados de la CSBP señalando el costo de cada uno de ellos, la lista es un referente no una limitante porque los estudios serán contratados y cancelados por evento:   | **No** | **Detalle Estudios** | | --- | --- | | 1 | Encéfalo con contraste | | 2 | Encéfalo sin contraste | | 3 | Cráneo con angioresonancia | | 4 | Oídos con contraste | | 5 | Oídos sin contraste | | 6 | Órbita con contraste | | 7 | Órbita sin contraste | | 8 | Hipófisis con contraste | | 9 | Hipófisis sin contraste | | 10 | Columna cervical con contraste 3 niveles | | 11 | Columna cervical sin contraste 3 niveles | | 12 | Columna dorsal con contraste 3 niveles | | 13 | Columna dorsal sin contraste 3 niveles | | 14 | Columna lumbar con contraste 3 niveles | | 15 | Columna lumbar sin contraste 3 niveles | | 16 | Columna Socrociega con contraste 3 niveles | | 17 | Columna Socrociega sin contraste 3 niveles | | 18 | Mielografía | | 19 | Articulaciones: Rodilla, Hombro, tobillo y codo | | 20 | Pie | | 21 | Músculo | | 22 | Cuello con contraste | | 23 | Cuello sin contraste | | 24 | Tórax con contraste | | 25 | Tórax sin contraste | | 26 | Abdomen con contraste | | 27 | Abdomen sin contraste | | 28 | Pelvis con contraste | | 29 | Pelvis sin contraste | | 30 | Miembros sin contraste | | 31 | Estudios de Angioresonancia con contraste (se debe detallar el estudio y costo) | | 32 | Angioresonancia c/c | | 33 | Colangioresonancia de cerebro c/c | | 34 | Angioresonancia carotideo c/c | | 35 | Angioresonancia renal c/c | | 36 | Angoresonancia intracraneal arterial c/c | | 37 | Angioresonancia intracraneal con tiempos venosos c/c | | 38 | Angioresonancia intracraneal sistema carotideo vertebral c/c | | 39 | Estudios de Angioresonancia sin contraste (se debe detallar el estudio y costo) | | 40 | Angioresonancia de cerebro s/c | | 41 | Colangioresonancia s/c | | 42 | Angioresonancia carotidei s/c | | 43 | Partes blandas (especifique región) *(puede aumentar filas)* | | 44 | Miembros superiores sin contraste p/s | | 45 | Miembros inferiores sin contraste p/s | | 46 | Servicio de Anestesiologia |   Contar con médico anestesiólogo para estudios con sedación especificando el costo que implicaría la sedación para estos estudios |
| Si las placas y/o imágenes obtenidas resultan de una calidad insuficiente, según los criterios establecidos para la realización del diagnóstico, la empresa adjudicataria procederá a repetir la exploración, aunque sea precisa una nueva citación de la paciente sin costo para la CSBP. |
| Solicitud de atención.  Los estudios de SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA serán solicitados por el personal médico de la CSBP en boletas impresas, las cuales necesariamente deben contar con autorización de, Dirección de Clínica y/o Jefatura de Policonsultorio. |
| SERVICIOS CONEXOS (2 PUNTOS) |
| El proponente en redacción propia se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación y acceso a internet, esto con la obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la C.S.B.P.  El proponente debe contar con un medio propio de almacenamiento digital de los estudios realizados los cuales deben estar disponibles para la CSBP a requerimiento inmediato.  El proponente debe contar con un medio de acceso a las imágenes digitales por plataforma propia (vía web). |
| ENTREGA DE INFORMES (2 PUNTOS) |
| Los informes deben ser entregados en Archivo Clínico (adjuntando al informe las placas y un archivo digital) dentro de las 24 horas después de realizado el estudio y en casos de emergencia inmediatamente. |
| LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO (2 PUNTOS) |
| El proponente deberá contar obligatoriamente con registro y licencia de funcionamiento por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) y AETN, o presentar documentación que del proceso en curso. |
| FORMA DE PAGO (2 PUTNOS) |
| Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el Establecimiento debe presentar en forma mensual, hasta el 23 de cada mes, la factura más las órdenes médicas de atención autorizadas por Jefatura Médica y el informe estadístico correspondiente en medio físico o magnético, de acuerdo a formato otorgado por la CSBP. |

**OTROS REQUISITOS CALIFICABLES (sobre 10 puntos)**

Los siguientes requisitos deberán ser respaldados con documentación de respaldo (catálogos), en fotocopia simple

|  |
| --- |
| **RESOLUCIÓN EQUIPAMIENTO DE SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEARNUCLEAR** |
| Equipo de Resonancia Magnética de 1.5T sistema cerrado 3 Puntos |
| Equipo de Resonancia Magnética mayor a 1.5T sistema cerrado 7 Puntos |
| Estas características deben detallarse en la propuesta; por otro lado, la Caja de Salud de la Banca Privada se reserva el derecho de realizar una inspección a los equipos ofertados por las empresas proponentes. |

**ANEXOS**

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

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco LP- -0 -2023**

**Adquisición de XXXXXXX**

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

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** | | **OBSERVACIONES** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA POR EVENTO, CON UNA VIGENCIA DE 2 AÑOS CALENDARIO (24 MESES)** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| 1. **PERSONAL ASIGNADO AL SERVICIO. PERFIL ACADEMICO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA** |  |  |  |  |
| El personal debe estar debidamente acreditado, respaldando su formación con los certificados correspondientes   1. Perfil del Profesional: La propuesta deberá señalar el profesional o los profesionales que otorgaran el Servicio de Estudios de Resonancia magnética, para este fin el proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano. * Título de Especialista en Radiología y/o Imagenología otorgado por Universidad reconocida. * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes. * Experiencia profesional en la especialidad. * Se valorará formación y/o experiencia en Resonancia magnética mayor a 3 años.  1. Personal técnico suficiente y calificado para los estudios solicitados.  * Técnico en Rayos X * Títuloacadémico y Provisión nacional * Experienciao formación en realización de estudios de resonancia magnética |  |  |  |  |
| 1. **EQUIPAMIENTO** |  |  |  |  |
| 1. Equipamiento   El Establecimiento a ser contratado, debe contar con el equipamiento que se especifica, detallando en el caso de los equipos, marca, modelo, año de fabricación y otras características.   1. Equipamiento de la especialidad.   Equipo de SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA, para la realización de estudios simples y contrastados de diversas partes del cuerpo; descripción del tipo de corte, dimensión de tiempo de vuelo y contraste de fases; descripción de estudios dinámicos que realiza.  Especificaciones del equipo, año de fabricación, modelo, marca, tipo de resolución (teslas) |  |  |  |  |
| 1. **INFRAESTRUCTURA:** |  |  |  |  |
| 1. **Ambientes.**   Acordes para la realización del estudio, con iluminación natural y artificial suficientes. Se valorará que el proponente cuente con más de un centro de realización de estudios, para dar continuidad a los estudios sin pausas por mantenimiento o desperfectos en los equipos.   * + 1. **Ubicación.**   El Establecimiento debe encontrarse ubicado en área accesible de la ciudad a efectos de supervisión y control.   * + 1. **Accesibilidad peatonal y vehicular.**   Debe contar con una buena accesibilidad peatonal y vehicular.   * + 1. **Mobiliario acorde a un centro de la especialidad.**   Los equipos deben estar ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente.  El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ. |  |  |  |  |
| 1. **HORARIOS DE ATENCION** |  |  |  |  |
| El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento:  Los horarios de atención deben ser de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 y los días sábados de 08:00 a 14:00.  **En caso de emergencias el centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos, feriados, paros cívicos, etc**. **sin costo adicional**. |  |  |  |  |
| 1. **SERVICIO A CONTRATAR:** |  |  |  |  |
| El proponente deberá detallar los estudios de SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA ser prestados a los asegurados de la CSBP señalando el costo de cada uno de ellos, la lista es un referente no una limitante porque los estudios serán contratados y cancelados por evento:  Encéfalo con contraste  Encéfalo sin contraste  Cráneo con angioresonancia  Oídos con contraste  Oídos sin contraste  Órbita con contraste  Órbita sin contraste  Hipófisis con contraste  Hipófisis sin contraste  Columna cervical con contraste 3 niveles  Columna cervical sin contraste 3 niveles  Columna dorsal con contraste 3 niveles  Columna dorsal sin contraste 3 niveles  Columna lumbar con contraste 3 niveles  Columna lumbar sin contraste 3 niveles  Columna con contraste 3 niveles  Columna sin contraste 3 niveles  Mielografía  Articulaciones: Rodilla, Hombro, tobillo y codo  Pie  Músculo  Cuello con contraste  Cuello sin contraste  Tórax con contraste  Tórax sin contraste  Abdomen con contraste  Abdomen sin contraste  Pelvis con contraste  Pelvis sin contraste  Miembros  Estudios de Angioresonancia con contraste (se debe detallar el estudio y costo)  Estudios de Angioresonancia sin contraste (se debe detallar el estudio y costo)  Partes blandas (especifique región)  **Contar con médico anestesiólogo para estudios con sedación especificando el costo que implicaría la sedación para estos estudios** |  |  |  |  |
| Si las placas y/o imágenes obtenidas resultan de una calidad insuficiente, según los criterios establecidos para la realización del diagnóstico, la empresa adjudicataria procederá a repetir la exploración, aunque sea precisa una nueva citación de la paciente sin costo para la CSBP. |  |  |  |  |
| **Solicitud de atención.**  Los estudios de SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA serán solicitados por el personal médico de la CSBP en boletas impresas, las cuales necesariamente deben contar con autorización de, Dirección de Clínica y/o Jefatura de Policonsultorio. |  |  |  |  |
| 1. **SERVICIOS CONEXOS** |  |  |  |  |
| 1. El proponente en redacción propia se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación y acceso a internet, esto con la **obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI** y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la C.S.B.P. 2. El proponente debe contar con un medio propio de almacenamiento digital de los estudios realizados los cuales deben estar disponibles para la CSBP a requerimiento inmediato. 3. El proponente debe contar con un medio de acceso a las imágenes digitales por plataforma propia (vía web). |  |  |  |  |
| 1. **ENTREGA DE INFORMES** |  |  |  |  |
| Los informes deben ser entregados en Archivo Clínico (adjuntando al informe las placas y un archivo digital) dentro **de las 24 horas después de realizado el estudio y en casos de emergencia inmediatamente.** |  |  |  |  |
| 1. **LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO** |  |  |  |  |
| El proponente deberá contar obligatoriamente con registro y licencia de funcionamiento por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) y AETN, **o presentar documentación que del proceso en curso.** |  |  |  |  |
| 1. **FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el Establecimiento debe presentar en forma mensual, hasta el 23 de cada mes, la factura más las órdenes médicas de atención autorizadas por Jefatura Médica y el informe estadístico correspondiente en medio físico o magnético, de acuerdo a formato otorgado por la CSBP. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE ECOGRAFÍA POR EVENTO,** | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP | | | |
| CARACTERISTICA OFERTADA | CUMPLE | | Observaciones | |
| SI | NO | | (Especificar por que no cumple) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESOLUCIÓN EQUIPAMIENTO DE SERVICIO DE SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEARNUCLEAR** |  |  |  |  |
| Equipo de Resonancia Magnética de 1.5T sistema cerrado **3 Puntos** |  |  |  |  |
| Equipo de Resonancia Magnética mayor a 1.5T sistema cerrado **7 Puntos** |  |  |  |  |
| Estas características deben detallarse en la propuesta; por otro lado, la Caja de Salud de la Banca Privada se reserva el derecho de realizar una inspección a los equipos ofertados por las empresas proponentes. |  |  |  |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

| **No** | **Detalle Estudios** | **Precio Unitarios Bs.** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Encéfalo con contraste |  |
| 2 | Encéfalo sin contraste |  |
| 3 | Cráneo con angioresonancia |  |
| 4 | Oídos con contraste |  |
| 5 | Oídos sin contraste |  |
| 6 | Órbita con contraste |  |
| 7 | Órbita sin contraste |  |
| 8 | Hipófisis con contraste |  |
| 9 | Hipófisis sin contraste |  |
| 10 | Columna cervical con contraste 3 niveles |  |
| 11 | Columna cervical sin contraste 3 niveles |  |
| 12 | Columna dorsal con contraste 3 niveles |  |
| 13 | Columna dorsal sin contraste 3 niveles |  |
| 14 | Columna lumbar con contraste 3 niveles |  |
| 15 | Columna lumbar sin contraste 3 niveles |  |
| 16 | Columna Socrociega con contraste 3 niveles |  |
| 17 | Columna Socrociega sin contraste 3 niveles |  |
| 18 | Mielografía |  |
| 19 | Articulaciones: Rodilla, Hombro, tobillo y codo |  |
| 20 | Pie |  |
| 21 | Músculo |  |
| 22 | Cuello con contraste |  |
| 23 | Cuello sin contraste |  |
| 24 | Tórax con contraste |  |
| 25 | Tórax sin contraste |  |
| 26 | Abdomen con contraste |  |
| 27 | Abdomen sin contraste |  |
| 28 | Pelvis con contraste |  |
| 29 | Pelvis sin contraste |  |
| 30 | Miembros sin contraste |  |
| 31 | Estudios de Angioresonancia con contraste (se debe detallar el estudio y costo) |  |
| 32 | Angioresonancia c/c |  |
| 33 | Colangioresonancia de cerebro c/c |  |
| 34 | Angioresonancia carotideo c/c |  |
| 35 | Angioresonancia renal c/c |  |
| 36 | Angoresonancia intracraneal arterial c/c |  |
| 37 | Angioresonancia intracraneal con tiempos venosos c/c |  |
| 38 | Angioresonancia intracraneal sistema carotideo vertebral c/c |  |
| 39 | Estudios de Angioresonancia sin contraste (se debe detallar el estudio y costo) |  |
| 40 | Angioresonancia de cerebro s/c |  |
| 41 | Colangioresonancia s/c |  |
| 42 | Angioresonancia carotidei s/c |  |
| 43 | Partes blandas (especifique región) *(puede aumentar filas)* |  |
| 44 | Miembros superiores sin contraste p/s |  |
| 45 | Miembros inferiores sin contraste p/s |  |
| 46 | Servicio de Anestesiologia |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

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

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

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICOS (MODELO)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

…………………………………….. ………………………………

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

………….

**representante legal**