

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### LP-CMA-001-2025

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS RECURRENTES POR EVENTO”** |

**La Paz, febrero de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO LP-CMA-01-2025**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS RECURRENTES POR EVENTO – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: POR ÍTEM |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Dra. Anna M. Bravo Sandoval  Lic. Yessica Montoya Teran |
| Correo electrónico: [proveedores@csbp.com.bo](mailto:proveedores@csbp.com.bo)  yessica.montoya@csbp.com.bo |
| 2392395 int. 1176 |

**CONTRATO MARCO CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDCIOS RECURRENTES POR EVENTOS – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 19/02/2025 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Consultas Escritas | Hasta:  24/02/2025 | Hasta  Hrs.15:00 | Dirigidas a:  [proveedores@csbp.com.bo](mailto:proveedores@csbp.com.bo) |
| 3 | Reunión de Aclaración | 26/02/2025 | Hrs.10:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09>  ID de reunión: 895 4712 5968  Código de acceso: 689096 |
| 4 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  7/03/2025 | Hasta:  11:00 | **Presentación Física:**  Calle Federico Zuazo Esq. Reyes Ortiz Edificio Gundlach Torre Oeste Piso 22 |
| 5 | Apertura de Ofertas. | 7/03/2025 | 11:30 | Unirse a la reunión Zoom  <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09>  ID de reunión: 895 4712 5968  Código de acceso: 689096 |
| 6 | Resultado Del Proceso | 17/03/2025 | | Notificación 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 Nº032/2024 del 1 de septiembre de 2024, 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. Alvaro Chirveches P. Gerente Administrativo Financiero  Dra. María L. Valenzuela C. Gerente Médico   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Carlos Quiroga Gerente General  Lic. Alvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero  Dra. María Valenzuela Gerente Médico |
| 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. |
| 1. **RESPONSABILDAD** | En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre en responsabilidad alguna respecto de los proponentes afectados con estas decisiones. |
| 1. **MULTAS** | La **CSBP** ante el incumplimiento de las obligaciones asumidas por la **CONTRATADA** aplicará una multa equivalente del cero punto tres por ciento (0.3%) del monto total a cancelarse en el mes que corresponda la aplicación de la sanción; esta multa será deducida del pago mensual respectivo |
| 1. **CANAL DE DENUNCIAS** | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad en el proceso de contratación, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo) la cual debe ser acompañada por la cedula de identidad del denunciante, identificación del denunciado, relación del hecho y los indicios o elementos probatorios.  Se aclara que cualquier denuncia no suspenderá los plazos o actividades del Proceso de Contratación. |
| **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.** * **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento o Póliza de Garantía a Primer Requerimiento ,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** que equivaldrá al 1% de la propuesta que presenten**, con validez de** **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.   Ejecución: esta garantía será ejecutada:   * Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas. * Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta. * Cuando el proponente adjudicado no presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato * Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.   Devolución: esta garantía será devuelta:   * A los otros proponentes, una vez suscrito el contrato * Después de la declaratoria desierta de la convocatoria * Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N° 3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**   * 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 DE LA PROPUESTA y el formulario Nº 4 debe estar en archivo editable.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física.  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **REGIONAL LA PAZ,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***CALLE FEDERICO ZUAZO ESQ. REYES ORTIZ EDIF. GUNDLACH TORRE OESTE PISO 22.***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: ON-CMA-01-2025**  **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS RECURRENTES POR EVENTO**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas 11:30 a.m. del día 7** **de marzo 2025**  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 continuar participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución en el Libro de Actas o Registro Electrónico.  La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Garantía de Seriedad de Propuesta. 4. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 5. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria (Fianza Bancaria) de Seriedad de Propuesta. 9. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 10. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **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**  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. |
| 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. |
| 1. **CALIFICACION FINAL** | La Comisión de Calificación emitirá el Informe Final de evaluación recomendando la adjudicación a la propuesta mejor calificada, sin que necesariamente sea aquella cuyo precio ofertado y leído en el acto de apertura fue el más bajo.  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, ítems o lotes, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de aclaración o declaratoria desierta. |
| 1. **PLAZO DEL SERVICIO:** | Los servicios adjudicados deberán ser atendidos a requerimiento conforme las especificaciones técnicas por el plazo de 2 años. |
| **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.  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 unitario. |
| 1. **CANAL DE DENUNCIAS** | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo). |

**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE V**  **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 TECNICA |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONOMICA |

**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-CMA-01-2025**

**“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS RECURRENTES POR EVENTO”**

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

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

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 Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) 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 TÉCNICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX (PEDRIATRICO)** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR EXPRESAMENTE LA ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES EN SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de un profesional medico con especialidad en cirugía de tórax pediátrico. El profesional debe permitir la realización de procedimientos quirúrgicos especializados en el tratamiento de patologías torácicas en pacientes pediátricos y neonatales. Deberá estar capacitado para intervenciones abiertas, mínimamente invasivas y videoasistidas (VATS) pediátricas. Deberá estar capacitado para manejar desde emergencias torácicas hasta cirugías electivas complejas, incluyendo malformaciones congénitas y enfermedades adquiridas, en policonsultorio y clínica. Cumplir con normativa vigente de nuestro territorio nacional.  La atención se realizará mediante la Solicitud del Servicio de forma escrita por el personal designado de la CSBP con orden médica/orden de interconsulta según corresponda con sello de autorización institucional y el informe médico correspondiente. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos de y reglamentos de atención médica de tipo institucional y general. b) La atención médica en el marco de las di0sposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud. c) El horario de acuerdo a la necesidad de emergencia urgencia de los asegurados de la CSBP. d) El informe del proceso de atención de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES** a) Evaluación y Diagnóstico Integral: Realización de estudios clínicos y de imagen para identificar enfermedades torácicas congénitas o adquiridas en pacientes pediátricos. b) Trabajo conjunto con pediatras, neonatólogos, cardiólogos y neumólogos para lograr un diagnóstico preciso y planificar el tratamiento adecuado. c) Atención Quirúrgica Personalizada: Planificación de cirugías adaptadas a las necesidades fisiológicas y anatómicas de los niños. Enfoque en técnicas quirúrgicas menos invasivas para minimizar el impacto en el crecimiento y desarrollo. d) Manejo Multidisciplinario: Coordinación con equipos multidisciplinarios (anestesiólogos pediátricos, enfermeros especializados, fisioterapeutas) para garantizar un tratamiento integral. e)Seguimiento a largo plazo para evaluar el desarrollo pulmonar y torácico en niños intervenidos quirúrgicamente. f) Cuidado y seguimiento Postoperatorio: Supervisión intensiva después de la cirugía para prevenir complicaciones hasta su alta. g) Manejo del dolor y rehabilitación pulmonar en niños. h) Acompañamiento Familiar: Comunicación clara y efectiva con los padres o cuidadores, explicando el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. i) Apoyo emocional para las familias durante todo el proceso quirúrgico.  **PRESTACIONES ESPECIFICAS** a) Tratamiento de Malformaciones Congénitas: Malformaciones pulmonares: Manejo quirúrgico de malformaciones como el secuestro pulmonar, la hipoplasia pulmonar y las malformaciones adenomatoides quísticas congénitas (MACC). b) Defectos de la pared torácica: Reparación de pectus excavatum, pectus carinatum y otras deformidades. Hernia diafragmática congénita: Corrección quirúrgica de esta condición para mejorar la función pulmonar y diafragmática. c) Malformaciones del esófago: Tratamiento de atresias esofágicas, fístulas traqueoesofágicas y otras anomalías esofágicas. d) Tratamiento de Enfermedades Adquiridas: Infecciones y abscesos pulmonares: Drenaje quirúrgico o toracoscópico de infecciones severas o acumulaciones de líquido. e) Empiema pleural: Resolución quirúrgica de infecciones avanzadas en la pleura. Tumores torácicos: Extirpación de tumores benignos o malignos en los pulmones, mediastino o pared torácica. f) Manejo de Trauma Torácico en Niños: Reparación de fracturas costales, contusiones pulmonares o perforaciones torácicas.  g)Manejo quirúrgico de hemotórax y neumotórax secundarios a trauma. h) Cirugía Mínimamente Invasiva: Uso de técnicas como la toracoscopia pediátrica para reducir el dolor postoperatorio, el tiempo de recuperación y las cicatrices. Procedimientos toracoscópicos para biopsias pulmonares, resolución de neumotórax y reparación de defectos congénitos. i) Cuidado Neonatal Especializado: Tratamiento quirúrgico de condiciones críticas en recién nacidos, como la hernia diafragmática congénita o la atresia esofágica. j) Coordinación con unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) para brindar soporte antes y después de la cirugía. k) Seguimiento y Rehabilitación: Manejo de posibles complicaciones tardías, como deformidades de la pared torácica o problemas respiratorios. l) Participación en juntas medicas que correspondan o se requiera de la especialidad con temas de enfermedades congénitas y técnicas quirúrgicas avanzadas en pediatría, y/u otras m) Formación y actualización constante en cirugía torácica pediátrica. Relación con el Desarrollo: Las intervenciones consideran el impacto en el crecimiento y desarrollo a largo plazo del niño.  n) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Dirección de Clínica, según procedencia del paciente.  o) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio o protocolo en un máximo de 24 Horas finalizado el servicio a la unidad de archivo de Clínica bajo registro de entrega.  p) Presentar en forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/ procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP.  **De la supervisión y control** La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica y Jefatura de servicios de Cirugía | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
|  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO DE SERVICIO** Para la atención en Consultorio Particular  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro de las evoluciones: • Otro equipo que el proponente mencione inherente al proceso de atención. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL PROFESIONAL** • Formación Académica: 1. Licenciatura en Medicina. 2. Cirujano pediátrico con subespecialidad en cirugía de tórax y experiencia comprobada mínimamente de 1 año.  3. Habilidades Clínicas: Evaluación precisa de los pacientes pediátricos con patologías torácicas. Dominio de técnicas quirúrgicas avanzadas (como cirugía mínimamente invasiva y procedimientos tradicionales). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS**  En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Mantenimiento de equipo), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS** En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional o el servicio contratado para nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del buen trato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **8** | **MULTAS a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL** En caso de incumplimiento por parte del profesional, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional o servicio contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado. **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES** En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:   - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE** Para que el servicio postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • Título Académico del profesional • Título en provisión Nacional • Título de especialidad en Cirugía Pediátrica con Subespecialidad en Cirugía de tórax. • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más  **DEL PERSONAL DE APOYO:** • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención. (Si es que corresponde) | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO PROPONENTE** Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • NIT  • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de funcionamiento de alcaldía.  • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar en forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/ procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICAS DEL SERVICIO DE MASTOLOGIA** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR EXPRESAMENTE LA ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES EN SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de un profesional médico con especialidad en Ginecología, cirugía general, Cirugía oncológica o ginecología oncológica con mención en mastología, el profesional debe ofrecer atención integral y especializada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades mamarias, tanto benignas como malignas en policonsultorio y clínica. Deberá enfocar el manejo multidisciplinario de pacientes, integrando cirugía, oncología, radiología y patología. Deberá cumplir con normativa nacional vigente de calidad en la atención médica, incluyendo estándares de bioseguridad y certificación del personal.  La atención se realizará mediante la Solicitud del Servicio de forma escrita por el personal designado de la CSBP con Orden médica/ orden de interconsulta según corresponda con sello de autorización institucional y el informe medio correspondiente. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos de y reglamentos de atención médica de tipo institucional y general. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud. c) El horario de acuerdo a la necesidad y emergencia urgencia de los asegurados de la CSBP. d) El informe del proceso de atención de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES** a) Evaluación Clínica Integral en consulta externa o valoración médica en clínica (hospitalización) Realización de anamnesis y exploración física de las mamas para identificar anomalías. Evaluación del historial médico y familiar para determinar factores de riesgo. b) Diagnóstico de Enfermedades Mamarias: Interpretación de estudios como mamografías, ecografías mamarias, resonancias magnéticas y tomosíntesis. c) Realización de procedimientos invasivos y mínimamente invasivos para diagnóstico, como biopsias con aguja fina, trucut o biopsia asistida por vacío.  Realización de procedimientos invasivos y mínimamente invasivos para el tratamiento de patología mamaria.  d) Prevención y Detección Temprana: Promoción de programas de tamizaje (screening) para el cáncer de mama, especialmente en pacientes de alto riesgo. e)Tratamiento Multidisciplinario: Diseño de planes de tratamiento individualizados en conjunto con oncología médica, oncología radioterápica y cirugía reconstructiva. f) Supervisión del seguimiento y evolución del tratamiento. g) Acompañamiento Psicoemocional: Brindar apoyo emocional y educación a las pacientes, especialmente en casos de diagnóstico de cáncer de mama. h) Control y Seguimiento: Vigilancia periódica en pacientes tratadas por enfermedades mamarias, tanto benignas como malignas.  Monitoreo de posibles recaídas o complicaciones relacionadas con la enfermedad o el tratamiento.  **PRESTACIONES ESPECIFICAS** a) Tratamiento y de Enfermedades Benignas de la Mama de alta complejidad: Manejo de quistes mamarios, fibroadenomas y mastopatía fibroquística complejas Diagnóstico y tratamiento de infecciones como mastitis y abscesos mamarios. Resolución de galactorrea (secreción anómala de leche) y condiciones relacionadas con desequilibrios hormonales. b) Lesiones precancerosas de Mama:  Cirugía Conservadora: Realización de lumpectomías para preservar la mayor parte posible del tejido mamario. Mastectomía: Mastectomía radical y/o cuadrantectomía Extirpación total de la mama en casos necesarios, con opciones para reconstrucción inmediata o diferida. Biopsia del Ganglio Centinela: Técnica para evaluar la diseminación del cáncer. Vaciamiento Axilar: Tratamiento quirúrgico de metástasis en los ganglios linfáticos. c) Prevención y Manejo de Factores de Riesgo: Asesoramiento genético: Evaluación del riesgo hereditario mediante pruebas genéticas (BRCA1, BRCA2) en pacientes con antecedentes familiares. Seguimiento de pacientes con mutaciones genéticas o factores de riesgo altos para desarrollar cáncer de mama. d) Procedimientos Diagnósticos Avanzados: Biopsias por Imagen: Biopsia de nódulos, tumores y quistes. Realización de biopsias guiadas por ultrasonido, mamografía o resonancia magnética. Colocación de marcadores mamarios para guiar procedimientos quirúrgicos o radioterapéuticos. f) Manejo de Complicaciones Postquirúrgicas: Tratamiento de linfedema en el brazo tras vaciamiento axilar. Resolución de complicaciones quirúrgicas, como infecciones o necrosis de tejidos.  Manejo integral de patología mamaria desde su inicio hasta el alta médica (valoración, tratamiento conservador, manejo quirúrgico, seguimiento y alta médica). g) Áreas de Colaboración Multidisciplinaria, el mastólogo trabaja con un equipo médico para garantizar el cuidado completo de las pacientes. Esto incluye colaboración con: Oncología clínica: Planificación de quimioterapia y terapias dirigidas. Oncología Radioterápica: Coordinación de tratamientos radioterápicos.  Oncología quirúrgica: Coordinación de procedimientos quirúrgicos cuando así lo amerite.  h) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Dirección de Clínica, Jefe de Servicio de Ginecología y/o cirugía según procedencia del paciente.  i) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio o protocolo en un máximo de 24 Hs. finalizado el servicio a la unidad de archivo de clínica bajo registro de entrega.  j) Presentar en forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/ procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP.  **De la supervisión y control** La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica, Jefatura de Ginecología y/o cirugía. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO DE SERVICIO** Para la atención en Consultorio Particular  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro de las evoluciones:  • Otro equipo que el proponente mencione inherente al proceso de atención. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL PROFESIONAL** • Formación Académica: 1. Licenciatura en Medicina. 2. Especialidad en Ginecología, Cirugía general, Cirugía oncológica con subespecialidad y experiencia comprobada mínima de 1 año.  3. Habilidades Clínicas: Evaluación precisa de los pacientes con patologías mamarias. Dominio de técnicas quirúrgicas avanzadas (como cirugía mínimamente invasiva y procedimientos tradicionales). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS**  En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Baja Médica, Vacaciones), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS** En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional o el servicio contratado para nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del buen trato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **8** | **MULTAS a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL** En caso de incumplimiento por parte del profesional, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional o servicio contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES** En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE**  Para que el servicio postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  **DEL OPERADOR:** • Título Académico del profesional • Título en provisión Nacional • Título de especialista en cirugía general, Cirugía oncológica o ginecología, subespecialidad en mastología.  • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más  **DEL PERSONAL DE APOYO:** • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO DEL PROPONENTE** Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • NIT • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de funcionamiento de alcaldía. • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar en forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/ procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA ESTUDIOS CARDIOLOGICOS** | | | | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | | **PROPUESTA (MANIFESTAR ACEPTACION O EXPRESAMENTE LA DE LAS CONDICIONES DE SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de Centro médico de atención, empresa o profesional Medico que oferte servicios de estudios cardiológicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico a pacientes de la Regional La Paz (Edad pediátrica y adultos), con patologías cardiológicas de acuerdo a requerimiento de los profesionales médicos de la CSBP.  Mediante:  - Orden medica de interconsulta, realizada por el médico tratante de la CSBP, con sello de autorización e  - Informe Médico. | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional interna y externa. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas de la ASSUS y el Ministerio de Salud y deportes. c) El horario de atención preferencial para los asegurados de la CSBP. d) El informe del proceso de atención médica de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES** a) Realizar la prestación de servicios médicos y de estudios de diagnóstico cardiológico con oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia con capacidad resolutiva. b) Brindar servicios de estudios Cardiológicos de apoyo al diagnóstico médico integrales, personalizados con calidad y calidez a los pacientes de Policonsultorio y Hospitalización. c) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de atención medica institucional MP4, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial, la atención personalizada, participativa, predictiva y el enfoque preventivo de las patologías. d) Realizar procesos de atención médica en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de tratamiento y diagnóstico de Cardiología, sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud. e) Realizar estudios de diagnóstico médico de manera racional y con la mejor evidencia científica. f) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envió del informe clínico/resultado de los pacientes atendidos.  g) El servicio / profesional contratado deberá, en caso de requerimiento de la CSBP, ampliar el informe del procedimiento realizado.  h) El servicio / medico contratado, según corresponda al procedimiento, hará firmar el consentimiento informado. i) Cualquier otro registro manual o electrónico o en el marco de la prestación de servicios se considere conveniente disponer para el registro de información.    **PRESTACIONES ESPECIFICAS** a) Realizar atención médica personalizada con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica.  b) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Dirección de Clínica, según procedencia del paciente.  c) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio o servicio realizado en un plazo no mayor a 3 días a la unidad de Archivo de Policonsultorio, bajo registro de entrega.  d) Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado.  **De la supervisión y control**  La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO PARA LA ATENCION, DIAGNOSTICO Y ESTUDIOS DE PATOLOGIAS CARDIACAS.**  Para la atención en Consultorio Particular, el servicio debe estar equipado de manera óptima, que cuente con los equipos necesarios para la atención de patologías, diagnóstico y estudios cardiológicos.  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro y reporte de los estudios realizados.  Autoridades de la Regional La Paz, podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento.  Para los estudios en pacientes hospitalizados debe contar con equipo y capacidad de realizar el estudio | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL SERVICIO**  \* Formación Académica del operador:  1. Licenciatura en Medicina.  2. Especialidad en Cardiología y experiencia comprobada realizando estudios y procedimientos de diagnóstico cardiológicos.  3. Habilidades Clínicas:  Evaluación precisa de los pacientes con patologías cardíacas.  Dominio de procedimientos diagnósticos cardiológicos. | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS** En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Mantenimiento de equipo), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS** En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional a nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del BUEN TRATO. | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **8** | **MULTAS  a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL - SERVICIO CONTRATADO** En caso de incumplimiento del Servicio contratado de estudios cardiológicos la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado.  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**  En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO, instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, pará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.  - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.  - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato. | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  **DEL OPERADOR:** • Título Académico de medico • Título en provisión Nacional • Título de especialista en Cardiología.  • Formación en Ecocardiografía, Ergometría, Holter, LOOP, MAPA, (deseable) • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más  **DEL PERSONAL DE APOYO**: • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención (según corresponda). | | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | |  | |  |  |
| **10** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. | |  | |  | |  |  |
| **11** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  • NIT  • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de funcionamiento de alcaldía.  • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA ESTUDIOS DE GASTROENTEROLOGÍA** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR ACEPTACION O EXPRESAMENTE LA DE LAS CONDICIONES DE SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de Centro médico, empresa o profesional Medico que oferte servicios de estudios y procedimientos gastroenterológicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico a pacientes de la Regional La Paz con patologías del sistema digestivo de acuerdo a requerimiento de los profesionales médicos de la CSBP.  Mediante:  - Orden medica de interconsulta, realizada por el médico tratante de la CSBP, con sello de autorización e  - Informe Médico. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional interna y externa. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del ASSUS y Ministerio de Salud y deportes. c) Horario preferencial para la atención de los asegurados de la CSBP. d) El informe del proceso de atención médica de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES**  a) Realizar la prestación de servicios de estudios Gastroenterológicos de apoyo al diagnóstico médico con oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia con capacidad resolutiva. b) Brindar servicios de estudios Gastroenterológicos que se constituyan en métodos de apoyo al diagnóstico médico integral, personalizados con calidad y calidez a los pacientes de Policonsultorio y Hospitalización. c) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de Atención Medica Institucional MP4, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial, atención personalizada, participativa, predictiva y el enfoque preventivo de las patologías. d) Realizar proceso de atención médica en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de tratamiento y diagnóstico de gastroenterología, sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud. e) Realizar estudios de diagnóstico médico de manera racional y con la mejor evidencia científica. f) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envío del informe clínico/ resultado de los pacientes atendidos g) El servicio / profesional contratado, deberá en caso de requerimiento de la CSBP, ampliar el informe del procedimiento realizado  h) El servicio / médico contratado, según corresponda al procedimiento, hará firmar el consentimiento informado. i) Cualquier otro registro manual o electrónico o en el marco de la prestación de servicios se considere conveniente disponer para el registro de información.    **PRESTACIONES ESPECIFICAS**  a) Realizar atención médica personalizada con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica.  b) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Director de Clínica, según procedencia del paciente.  c) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio realizado en un plazo no mayor a 3 días a la unidad de Archivo de Policonsultorio, bajo registro de entrega. d) Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario, detalle de procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del estudio realizado.  **De la supervisión y control**  La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
|  |  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA PARA LA ATENCION DE PATOLOGIAS GASTROENTEROLOGICAS.**  Para la atención en Consultorio Particular, el servicio debe estar equipado de manera óptima, que cuente con los equipos necesarios para la atención de patologías gastroenterológicas, diagnóstico y estudios gastroenterológicos.  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro y reporte de los estudios realizados.  Autoridades de la Regional La Paz podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL SERVICIO**  **DEL OPERADOR:**  \* Formación Académica:  1. Licenciatura en Medicina.  2. Especialidad en Gastroenterología o radiología/ imagenología (De acuerdo al item)  3. Habilidades Clínicas:  Dominio de estudios y procedimientos diagnósticos Gastroenterológicos. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS** En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Mantenimiento de equipo), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS**  En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional a nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del BUEN TRATO. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **8** | **MULTAS  a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL** En caso de incumplimiento por parte del Servicio contratado de estudios de Gastroenterología, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**  En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • Título Académico de medico • Título en provisión Nacional • Título de especialista en Gastroenterología o radiología/ imagenología (De acuerdo al ítem)  • Formación en Estudios y métodos de diagnóstico gastroenterológicos. (deseable)  • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más  **DEL PERSONAL DE APOYO**: • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención (según corresponda). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO** Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • NIT • Certificado de habilitación del SEDES • Licencia de Funcionamiento de la Alcaldia • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA SERVICIO DE HEMODIALISIS MOVIL** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR ACEPTACION O EXPRESAMENTE LA DE LAS CONDICIONES DE SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de servicios de Hemodiálisis con equipo móvil, para atención de pacientes internados en las instalaciones de la CSBP (Clinica-Hospitalizacion), con patologías que requieran terapia de sustitución renal mediante una Solicitud del Servicio de forma escrita por el personal designado de la CSBP con orden médica/orden de interconsulta según corresponda con sello de autorización institucional y el informe médico correspondiente. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional interna y externa. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud. c)Experiencia en la prestación de servicios de Hemodiálisis. d)Cumplir con el servicio de hemodiálisis solicitados por médico tratante. e)Realizar la programación seguimiento y cumplimiento de los Servicios solicitados. f)Otorgar preferencia y prioridad en la programación de los servicios de hemodiálisis solicitados para la población asegurada de la CSBP. g)No adelantar presunción diagnóstica o terapéutica al paciente o familiar. h)En caso de hallazgos de alarma comunicar al médico tratante o a su servicio de inmediato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES**  a) Realizar la prestación de servicios de hemodiálisis con oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia con capacidad resolutiva. b) Brindar servicios médicos, integrales, personalizados con calidad y calidez a los pacientes de Hospitalización. c) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de Atención Medica Institucional, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial, atención personalizada d) Realizar procesos de atención médica en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de medicina interna, nefrología y hemodiálisis e) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envío del informe clínico de los pacientes atendidos  f) Las sugerencias de solicitudes de servicios complementarios o medicación deben ser requeridos de manera racional de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos, coordinando con el médico tratante g) El médico tratante da a conocer al paciente y hace firmar el consentimiento informado. h) Cualquier otro registro manual o electrónico o en el marco de la prestación de servicios se considere conveniente disponer para el registro de información.    **PRESTACIONES ESPECIFICAS** a) Servicio de hemodiálisis móvil a requerimiento en paciente hospitalizados en instalaciones de la Clínica de la CSBP b) Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física del responsable de la prestación del servicio, no pudiendo delegar las funciones a terceros o dar indicaciones por comunicación telefónica.  c) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Dirección de Clínica, según procedencia del paciente  f) Una vez terminadas las atenciones, presentar un informe de las sesiones realizadas, con el registro correspondiente, en un máximo de 24 horas a l unidad de archivo de clínica bajo el registro de entrega.  Presentar de forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a la orden de procedimiento de sesiones ambulatorias y detalles de pacientes atendidos, de acuerdo a formato de la caja.   **De la supervisión y control** La actividad del profesional/ servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
|  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS MOVIL PARA LA ATENCION DE PATOLOGIAS RENALES EN PACIENTES INTERNADOS.**  Para la atención de servicio de Hemodiálisis móvil, en instalaciones de la Clínica Regional La Paz de la CSBP el proponente debe estar equipado de manera óptima, que cuente con los equipos y personal necesarios y certificado para la atención de pacientes que requieran terapia de hemodiálisis en hospitalización.  Se debe contar con un equipo de computación para registro y reporte de los estudios realizados.  Autoridades de la Regional La Paz podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL SERVICIO**  Equipo de hemodiálisis móvil o portátil  Filtro de hemodiálisis  Líneas arteriovenosas  Soluciones: ácida y básica  Lic. de hemodiálisis (con especialidad en la atención de pacientes con hemodiálisis)  Ingeniero para realizar instalación del equipo de hemodiálisis al lugar donde se lo necesite (porque debe hacerse conexión al sistema de agua del lugar) | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS** En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor, deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS**  En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional a nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del BUEN TRATO. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **8** | **MULTAS  a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL** En caso de incumplimiento por parte del Servicio/profesional contratado de hemodiálisis móvil, la CSBP podrá contratar otro Servicio similar y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**  En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de satisfacción del usuario de la CSBP dará lugar a la recisión del contrato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE** Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  **DEL OPERADOR:** • Título Académico • Título en provisión Nacional • Profesional titulado Medico General, Nefrólogo o Licenciada en enfermería, con formación post gradual en hemodiálisis.  • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más  **DEL PERSONAL DE APOYO:** • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención (según corresponda). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO PROPONENTE.**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  • NIT  • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de funcionamiento de la Alcaldia  • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO**  Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, la empresa debe presentar en forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de solicitud de sesiones de hemodiálisis ambulatorias y detalle de procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP. Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** | |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA SERVICIOS ESTUDIO DE NEUMOLOGÍA** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR ACEPTACION O EXPRESAMENTE LA DE LAS CONDICIONES DE SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de centro médico, empresa o profesional Medico - que oferte servicios de estudios de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico, a pacientes de la Regional La Paz con patologías del sistema Respiratorio de acuerdo a requerimiento de los profesionales médicos de la CSBP.  Mediante:  - Orden medica de interconsulta, realizada por los médicos de la CSBP, con sello de autorización e  - Informe Médico. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional interna y externa. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas de la ASSUS y Ministerio de Salud y deportes. c) Horario preferencial para la atención de los asegurados de la CSBP.  d) El informe del proceso de atención médica de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓNES GENERALES**  a) Realizar la prestación de servicios de pruebas de estudios Neumológicos de apoyo al diagnóstico médico con oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia con capacidad resolutiva. b) Brindar servicios de estudios Neumológicos de apoyo al diagnóstico médico integral, personalizados con calidad y calidez a los pacientes de Policonsultorio y Hospitalización. c) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de Atención Medica Institucional MP4, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial, atención personalizada, participativa, predictiva y el enfoque preventivo de las patologías. d) Realizar procesos de atención médica en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de tratamiento y diagnóstico de Neumología, sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud. e) Realizar estudios de diagnóstico médico de manera racional y con la mejor evidencia científica. f) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envío del informe clínico/ resultado de los pacientes atendidos. g) El servicio / profesional contratado deberá, en caso de requerimiento de la CSBP, ampliar el informe del procedimiento realizado.  h) El servicio / medico contratado, según corresponda al procedimiento, hará firmar el consentimiento informado. i) Cualquier otro registro manual o electrónico, en el marco de la prestación de servicios que se considere conveniente disponer para el registro de información.    **PRESTACIONES ESPECIFICAS**  a) Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica.  c) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Director de Clínica, según procedencia del paciente  d) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio o servicio realizado en un plazo no mayor a 3 días a la unidad de Archivo de Policonsultorio, bajo registro de entrega.  e) Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado.   **De la supervisión y control** La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
|  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO NEUMOLOGICO PARA LA ATENCION, DIAGNOSTICO Y ESTUDIOS DE PATOLOGIAS RESPIRATORIA.**  Para la atención en Consultorio Particular, el servicio debe estar equipado de manera óptima, que cuente con los equipos necesarios para la atención de patologías, diagnóstico y estudios neumológicos.  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro y reporte de los estudios realizados.  Autoridades de la Regional La Paz, podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL SERVICIO**  **DEL OPERADOR:**  \* Formación Académica:  1. Licenciatura en Medicina o Tecnología médica (De acuerdo al ítem)  2. Experiencia en realización de estudios respiratorios y de función pulmonar  3. Habilidades Clínicas:  Evaluación precisa de los pacientes con patologías respiratorias.  Dominio de procedimientos diagnósticos Neumológicos. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS** En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Mantenimiento de equipo, falla del equipo), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS**  En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional a nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del BUEN TRATO. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **8** | **MULTAS   a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL - SERVICIO MEDICO CONTRATADO** En caso de incumplimiento por parte del profesional - Servicio contratado de estudios de Neumología, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**  En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO, instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato y la correspondiente ejecución de la Boleta de Garantía de Cumplimiento de Contrato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  **DEL OPERADOR:** • Título Académico de médico o tecnología médica (Según el item) • Título en provisión Nacional • Formación académica en Estudios de Métodos de apoyo al diagnóstico de patologías neumológicas. • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más  **DEL PERSONAL DE APOYO:**  • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención (según corresponda). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO PROPONENTE** Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • NIT • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de Funcionamiento de la Alcaldía • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA SERVICIOS ESTUDIOS DE RETINOLOGÍA** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR ACEPTACION O EXPRESAMENTE LA DE LAS CONDICIONES DE SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de Centro médico, empresa o profesional Medico Oftalmólogo con subespecialidad en Retina y vitreo, que oferte servicios de atención médica, procedimientos quirúrgicos, métodos de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico a pacientes de la Regional La Paz con patologías oftalmológicas de vitreo y retina de acuerdo a requerimiento mediante - Orden medica de interconsulta, realizada por el Oftalmólogo de la CSBP, con sello de autorización e  - Informe Médico. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional interna y externa. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas de la ASSUS y del Ministerio de Salud y deportes. c) Horario preferencial para la atención de los asegurados de la CSBP. d) El informe del proceso de atención médica de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES**  a) Realizar la prestación de atención medica Oftalmológica, procedimientos quirúrgicos, métodos de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico de patologías de vitreo y retina de acuerdo a requerimiento con oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia con capacidad resolutiva. b) Brindar servicios médicos Oftalmológicos de Vitreo y Retina que se constituyan en métodos de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico integral, personalizados con calidad y calidez a los pacientes de Policonsultorio y Hospitalización. c) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de Atención Medica Institucional MP4, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial, atención personalizada, participativa, predictiva y el enfoque preventivo de las patologías. d) Realizar procesos de atención médica en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de tratamiento y diagnóstico de Oftalmología, sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud. e) Realizar procedimientos Oftalmológicos de Retina y Vitreo, para diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con la mejor evidencia científica. f) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envío del informe clínico de los pacientes atendidos  g) El servicio / profesional contratado deberá, en caso de requerimiento de la CSBP, ampliar el informe del procedimiento realizado.  h) El servicio / medico contratado, según corresponda al procedimiento, hará firmar el consentimiento informado. i) Cualquier otro registro manual o electrónico, en el marco de la prestación de servicios que se considere conveniente disponer para el registro de información.  **PRESTACIONES ESPECIFICAS**  a) Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica.  b) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Director de Clínica, según procedencia del paciente  c) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio o servicio realizado en un plazo no mayor a 3 días a la unidad de Archivo de Policonsultorio, bajo registro de entrega.  d) Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado.  **De la supervisión y control**  La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica |  |  |  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO OFTALMOLOGICO PARA LA ATENCION DE PATOLOGIAS DE RETINA Y VITREO.** Para la atención en Consultorio Particular, el servicio debe estar equipado de manera óptima, que cuente con los equipos necesarios para la atención oftalmológica de patologías de Retina y Vitreo.  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro y reporte de los estudios realizados.  Autoridades de la Regional La Paz podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL SERVICIO**  \* Formación Académica:  1. Licenciatura en Medicina.  2. Especialidad en Oftalmología  3. Subespecialidad en Retina y Vitreo con experiencia comprobada mínima de 1 año.  4. Habilidades Clínicas:  Evaluación precisa de los pacientes con patología de Retina y Vitreo, dominio de procedimientos oftalmológicos y quirúrgicos de la subespecialidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS** En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Mantenimiento de equipo), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS**  En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional a nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del BUEN TRATO. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **8** | **MULTAS a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL**  En caso de incumplimiento por parte del Servicio contratado de estudios de Retinologia y Vitreo, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**  En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • Título Académico de medico • Título en provisión Nacional • Título de especialista en Oftalmología  • Título de Subespecialidad en Retinologia-Vitreo • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia mayor a 2 años  **DEL PERSONAL DE APOYO:** • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención (según corresponda). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO** Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • NIT • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de funcionamiento de la Alcaldia • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes, junto a las interconsultas de atención medica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe y/o protocolo del servicio realizado.  Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA SERVICIO ESTUDIOS DE REUMATOLOGÍA INFANTIL** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR ACEPTACION O EXPRESAMENTE LA DE LAS CONDICIONES DE SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |  |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de un profesional Médico con especialidad en Pediatría y subespecialidad en Reumatología Pediátrica que oferte servicios a pacientes pediátricos de la Regional La Paz con patologías Reumáticas de acuerdo a requerimiento de los profesionales médicos de la CSBP.  Mediante: - Interconsulta, con sello se autorización e  - Informe Médico. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional interna y externa. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas de la ASSUS y del Ministerio de Salud y deportes. c) Horario preferencial para la atención de los asegurados de la CSBP. d) El informe del proceso de atención médica de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, el mismo debe ser oportuno y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES**  a) Realizar la prestación de servicios de atención medica de patologías reumáticas pediátricas con oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia con capacidad resolutiva. b) Brindar servicios médicos, integrales, personalizados con calidad y calidez a los pacientes de Policonsultorio y Hospitalización. c) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de Atención Medica Institucional MP4, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial, atención personalizada, participativa, predictiva y el enfoque preventivo de las patologías. d) Realizar procesos de atención médica en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de tratamiento y diagnóstico de Reumatología Pediátrica, sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud. e) Realizar estudios de diagnóstico médico de manera racional y con la mejor evidencia científica. f) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envió del informe clínico de los pacientes atendidos  g) El servicio / profesional contratado deberá, en caso de requerimiento de la CSBP, ampliar el informe del procedimiento realizado.  h) El servicio / medico contratado, según corresponda al procedimiento, hará firmar el consentimiento informado. i) Cualquier otro registro manual o electrónico, en el marco de la prestación de servicios que se considere conveniente disponer para el registro de información.    **PRESTACIONES ESPECIFICAS** a) Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica.  b) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Director de Clínica, según procedencia del paciente  c) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio o servicio realizado en un plazo no mayor a 3 días a la unidad de Archivo de Policonsultorio, bajo registro de entrega.  d) Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado.  **De la supervisión y control** La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA PEDIATRICA PARA LA ATENCION DE PATOLOGIAS REUMATOLOGICAS**  Para la atención en Consultorio Particular, el servicio debe estar equipado de manera óptima, que cuente con los equipos necesarios para la atención de patologías reumatológicas pediátricas  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro y reporte de los pacientes atendidos y procedimiento realizados.  Autoridades de la Regional La Paz podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL SERVICIO**  \* Formación Académica:  1. Licenciatura en Medicina.  2. Especialidad en Pediatría  3. Subespecialidad en Reumatología Pediátrica y experiencia comprobada.  3. Habilidades Clínicas:  Evaluación precisa de los pacientes pediátricos con patologías reumáticas, dominio de procedimientos terapéuticos Reumatológicos pediátricos. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS** En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor, deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS**  En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional a nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del BUEN TRATO. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |
| **8** | **MULTAS  a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL** En caso de incumplimiento por parte del Servicio/profesional contratado con subespecialidad en reumatología pediátrica, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**  En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  • Título Académico • Título en provisión Nacional • Título de especialista en Pediatría.  • Título de subespecialidad en Reumatología Pediátrica.  • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más.  **DEL PERSONAL DE APOYO:** • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención (según corresponda). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  • NIT  • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de Funcionamiento de la Alcaldía.  • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes, junto a las interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA SERVICIO DE GLAUCOMATOLOGIA** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR ACEPTACION O EXPRESAMENTE LA DE LAS CONDICIONES DE SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** Contratación de un profesional Medico Oftalmólogo con subespecialidad en Glaucomatologia que oferte servicios de médicos de diagnóstico, atención y tratamiento en patologías Glaucomatologicas para la atención de pacientes de la Regional La Paz que requieran la atención de acuerdo a requerimiento de los profesionales médicos de la CSBP:  Mediante - Orden medica de Oftalmólogo de la CSBP, con sello de autorización e  - Informe Médico. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional interna y externa. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas de la ASSUS y del Ministerio de Salud y deportes. c) Horario preferencial para la atención de los asegurados de la CSBP. d) El informe del proceso de atención médica de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES**  a) Realizar la prestación de servicios de patologías de Glaucoma con oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia, con capacidad resolutiva. b) Brindar servicios médicos Oftalmológicos de Glaucoma, integrales, personalizados con calidad y calidez a los pacientes de Policonsultorio y Hospitalización. c) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de atención medica institucional MP4, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial, atención personalizada, participativa, predictiva, y el enfoque preventivo de las patologías. d) Realizar procesos de atención médica en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de tratamiento y diagnóstico de Oftalmología, (glaucoma), sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud. e) Realizar atención médica y diagnóstico médico de manera racional y con la mejor evidencia científica. f) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envió del informe clínico/resultado de los pacientes atendidos.  g) El servicio / profesional contratado deberá, en caso de requerimiento de la CSBP, ampliar el informe del procedimiento realizado.  h) El servicio / medico contratado, según corresponda al procedimiento, hará firmar el consentimiento informado. i) Cualquier otro registro manual o electrónico, en el marco de la prestación de servicios que se considere conveniente disponer para el registro de información.   **PRESTACIONES ESPECIFICAS**  a) Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica.  b) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Director de Clínica, según procedencia del paciente  c) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del servicio realizado en un plazo no mayor a 3 días a la unidad de Archivo de Policonsultorio, bajo registro de entrega.  i) Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente, junto a las interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado.  **De la supervisión y control**  La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
|  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO OFTALMOLOGICO PARA LA ATENCION DE PATOLOGIAS GLAUCOMATOLOGICAS.**  Para la atención en Consultorio Particular, el servicio debe estar equipado de manera óptima, que cuente con los equipos necesarios para la atención de patologías glaucomatologicas.  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro y reporte de los pacientes atendidos y procedimientos realizados.  Autoridades de la Regional La Paz podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL SERVICIO**  \* Formación Académica:  1. Licenciatura en Medicina.  2. Especialidad en Oftalmología  3. Subespecialidad en Glaucomatología y experiencia comprobada.  3. Habilidades Clínicas:  Evaluación precisa de los pacientes con patologías oftalmológicas de Glaucoma, dominio de procedimientos Quirúrgicos, Oftalmológicos en Glaucoma. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS**  En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Mantenimiento de equipo), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS** En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional a nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el profesional/Servicio contratado debe apegarse a la política del BUEN TRATO. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
| **8** | **MULTAS**  **a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL** En caso de incumplimiento por parte del Servicio contratado de estudios de Glaucoma la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES**  En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato. |  |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • Título Académico de Medico  • Título en Provisión Nacional • Título de Especialista en Oftalmología  • Título de Subespecialista en Glaucomatología en diagnóstico y tratamiento de Glaucoma • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más.  **DEL PERSONAL DE APOYO:** • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención (según corresponda). | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO PROPONENTE**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos (en fotocopia simple) • NIT • Certificado de habilitación del SEDES • Licencia de Funcionamiento de la Alcaldía • Dirección del consultorio, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO** Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes, junto a las interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/o procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP, Informe del servicio realizado. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX (ADULTOS)** | | | | | |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** En la columna "PROPUESTA", el proponente debe manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento. La comisión de calificación verificará el mismo de acuerdo al método "CUMPLE" o "NO CUMPLE", según corresponda en cada punto de las especificaciones técnicas. | | | | | |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (MANIFESTAR EXPRESAMENTE LA ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES EN SU PROPUESTA CON REFERENCIA A CADA REQUERIMIENTO)** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | | **OBSERVACIONES** |
| **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:** El profesional del servicio de cirugía de tórax debe contar con las condiciones necesarias para la realización de procedimientos quirúrgicos electivos y de emergencia en pacientes adultos. Compatible con intervenciones abiertas, mínimamente invasivas y videoasistidas (VATS). Adecuado para el tratamiento de patologías pulmonares, pleurales, mediastínicas, esofágicas y de la pared torácica. Cumplir con estándares internacionales de calidad y seguridad, incluyendo normativas de bioseguridad.  La atención se realizará mediante la Solicitud del Servicio de forma escrita por el personal designado de la CSBP con orden médica/orden de interconsulta según corresponda con sello de autorización institucional y el informe médico correspondiente. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  Cumplir con:** a) Normas, protocolos de y reglamentos de atención médica de tipo institucional y general. b) La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud. c) El horario de acuerdo a la necesidad de emergencia/urgencia de los asegurados de la CSBP, siendo este preferencial. d) El informe del proceso de atención de la patología atendida mismo que debe ser especifico y detallado. Con firma del profesional, matricula, sello, la misma debe ser oportuna y de calidad. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **3** | **PRESTACIÓN GENERALES**  a) Realizar la prestación de servicios de cirujano torácico con certificación en cirugía torácica y experiencia comprobada. b) El profesional deberá brindar servicios de valoración y seguimiento a los asegurados de la CSBP con calidad y calidez a los pacientes de Policonsultorio y Hospitalización. c) El profesional deberá contar con técnicas de cirugía mínimamente invasiva y procedimientos toracoscópicos avanzados.  d) Otorgar atención médica en el marco del Modelo de atención medica institucional. d) Realizar atención y tratamiento en el marco de la normativa nacional e Institucional vigente, protocolos médicos de tratamiento y diagnóstico, sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud. e) Es obligación del profesional / Servicio médico (contratado), elaborar en forma cuidadosa y legible el registro del proceso de atención y el envío del informe clínico de los pacientes atendidos de la CSBP.     **PRESTACIONES ESPECIFICAS** a) El profesional realizará la atención y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica.  b) Precisión en la evaluación de: patologías torácicas.  c) Control y seguimiento del profesional de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, no es posible que lo realice otro colega o profesional. d) Monitoreo postoperatorio en unidades de cuidados intensivos para casos complejos, internaciones en clínica.  e) Coordinar con Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Dirección de Clínica, según procedencia del paciente.  f) Elaboración de informes médicos, certificados médicos y participación en juntas médicas si fuera necesario g) Una vez prestado el servicio, presentar el informe del estudio o protocolo en un máximo de 24 horas, finalizado el servicio a la unidad de archivo de Clínica bajo registro de entrega.  h) Presentar en forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/ procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP.  **De la supervisión y control** La actividad del profesional / servicio contratado será supervisada por: Jefatura del Servicio de Cirugía, así como Jefatura Médica, Jefe Médico de Policonsultorio, Dirección de Clínica | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **4** | **EQUIPAMIENTO DE SERVICIO** Para la atención en Consultorio Particular  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro de las evoluciones:  • Otro equipo que el proponente mencione inherente al proceso de atención.  Autoridades de la Regional La Paz podrán verificar o supervisar periódicamente el servicio y el equipamiento. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **5** | **ESPECIFICACIONES GENERALES DEL PROFESIONAL**  • Formación Académica: 1. Licenciatura en Medicina. 2. Cirujano general con subespecialidad en cirugía de tórax y experiencia comprobada mínimamente de 1 año.  3. Habilidades Clínicas:Evaluación precisa de los pacientes con patologías torácicas. Dominio de técnicas quirúrgicas avanzadas (como cirugía mínimamente invasiva y procedimientos tradicionales).  Habilidades en el manejo postoperatorio de pacientes, incluyendo la gestión de complicaciones pulmonares.  3. Comunicación y Trabajo en Equipo: Capacidad para comunicarse con otros especialistas, como neumólogos, cardiólogos y oncólogos, para tratar a los pacientes de forma integral. Colaboración con enfermeras, anestesiólogos y otros profesionales de la salud en el entorno quirúrgico. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS** En caso de que el profesional / Servicio contratado requiera suspender la atención debe ser por causas de fuerza mayor (ejemplo: Baja médica, vacación), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS** En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados con la prestación del servicio, relacionados con el trato, la actitud y/o atención del profesional o el servicio contratado para nuestros asegurados, se procederá acorde a lo establecido en la normativa vigente de la CSBP, el Servicio contratado debe apegarse a la política del buen trato. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **8** | **MULTAS a) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL** En caso de incumplimiento por parte del profesional, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro Servicio similar y cobrar al profesional o servicio contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado  **b) EN CASO DE QUEJAS Y / O RECLAMOS PROCEDENTES** En caso de que el profesional / Servicio contratado sea objeto de denuncia por mal trato, a los pacientes de la CSBP, se instaura el COMITÉ DE SATISFACCION DEL USUARIO , instancia que definirá y analizara como procedente el reclamo realizado por parte del asegurado, la CSBP procederá con la aplicación de multas progresivas de la siguiente manera:    - El primer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 2 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El segundo reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 4 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El tercer reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a un descuento del 6 % del monto total facturado en el mes que se brindó la consulta médica que originó el reclamo.   - El cuarto reclamo declarado procedente por el Comité de Satisfacción del Usuario de la CSBP, dará lugar a la rescisión del contrato | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **9** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DEL PROFESIONAL CONTRATADO** Para que el servicio postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple: • Título Académico del profesional • Título en provisión Nacional • Título de especialidad en cirugía general.  • Título de especialidad en cirugía de tórax. • Registro en el colegio profesional correspondiente o equivalente. • Certificados de trabajo / Contratos u otros que acrediten experiencia de 1 año o más  **DEL PERSONAL DE APOYO:** • Personal de apoyo, con documentos de respaldo inherentes al proceso de atención. | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** |  |  |  |
| **10** | **DOCUMENTOS A PRESENTAR DE LA EMPRESA/CONSULTORIO**  Para que el postulante sea habilitado deberá adjuntar los siguientes documentos en fotocopia simple:  • NIT  • Certificado de habilitación del SEDES  • Licencia de Funcionamiento de la Alcaldia  • Dirección, teléfono, email, página web, mencionar otros canales de comunicación. |  |  |  |  |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO**  Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar en forma mensual hasta el 20 de cada mes la factura correspondiente, junto a las órdenes de estudio complementario o interconsultas de atención médica, detalle de pacientes atendidos y/ procedimientos realizados de acuerdo a formato de la CSBP. Considerando que el Expediente Clínico es un documento Médico Legal y, en caso que el profesional no cuente con acceso al sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al SAMI. También es procedente que el registro del proceso de atención lo realice en formato de Historia Clínica, acorde a normativa vigente, documento que debe estar debidamente firmado con sello del profesional (nombre y apellido completo, especialidad y matricula profesional). Por lo que el pago de servicios está condicionado a estos aspectos, debiendo el profesional contratado subsanar las observaciones en caso de que así se requiera. |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO  DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA** | |

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

| **DETALLE** | | **CANTIDAD ESTIMADA DEL SERVICIO** | **PRECIO UNITARIO** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE CIRUJANO DE TÓRAX (PEDIATRICO)** | |  |  |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN DEL LOTE** |  |  |
| 1. | CONSULTA MÉDICA DE SUBESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX PEDIÁTRICO | 20 |  |
| BRONCOSCOPIA FLEXIBLE | 10 |  |
| TORACOCENTESIS | 20 |  |
| TORACOSCOPÍA DIAGNOSTICA PARA BIOPSIA DE PLEURA | 20 |  |
| CIRUGIA POR DEFORMIDADES TORACICAS SIMPLES | 2 |  |
| CIRUGÍA POR DEFORMIDADES TORACICAS COMPLEJAS | 2 |  |
| DRENAJE PLEURAL | 15 |  |
| BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA | 15 |  |
| BIOPSIA PULMONAR | 15 |  |
| IMPLANTE DE CATÉTER DE LARGA PERMANENCIA | 6 |  |
| LOBECTOMÍA POR TORACOTOMÍA | 5 |  |
| LOBECTOMÍA POR TORACOSCOPÍA | 5 |  |
| LOBECTOMÍA MAS SEGMENTECTOMÍA | 2 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE MASTOLOGÍA** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN DEL LOTE** | |  |  |
| 2. | CONSULTA MEDICA POR MASTOLOGIA | 20 |  |
| BIOPSIA CORE DE MAMA (AGUJA GRUESA) EN TUMOR PALPABLE | 15 |  |
| DRENAJE DE ABSCESO MAMARIO | 15 |  |
| EXTIRPACION DE TUMOR BENIGNO DE MAMA | 10 |  |
| OPERACIÓN DE ADAIR EN GLANDULA MAMARIA | 5 |  |
| CUADRANTECTOMIA MAMARIA SIN DISECCIÓN RADICAL DE AXILA | 10 |  |
| MASTECTOMÍA SIMPLE | 5 |  |
| BIOPSIA INCISIONAL CON ANESTESIA GENERAL | 15 |  |
| TUMORECTOMIA | 5 |  |
| RESECCIÓN DE MICROCALCIFICACIONES GUIADAS POR ARPON | 10 |  |
| CIRUGÍA DE CONSERVACIÓN MAMARIA | 8 |  |
| ONCOPLASTÍA MAMARIA | 8 |  |
|  |  |  |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE ESTUDIOS CARDIOLOGICOS** | |  |  |
| **DETALLE DEL SERVICIO POR ITEM** | |  |  |
| 3. | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA | 15 |  |
| 4. | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA | 20 |  |
| 5. | ESTUDIO DE ERGOMETRIA | 40 |  |
| 6. | ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA PORTÁTIL. | 20 |  |
| 7. | ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA PORTÁTIL. | 5 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE ESTUDIOS DE GASTROENTEROLOGÍA** | |  |  |
| **DETALLE DEL SERVICIO POR ITEM** | |  |  |
| 8. | ESTUDIO DE MANOMETRÍA ESOFAGICA DE ALTA RESOLUCIÓN | 60 |  |
| 9. | ESTUDIO DE PHMETRÍA ESOFÁGICA DE 24 HORAS | 60 |  |
| 10. | ESTUDIO DE MANOMETRÍA ESOFAGICA DE ALTA RESOLUCIÓN + PHMETRÍA ESOFÁGICA DE 24 HORAS | 30 |  |
| 11. | PH – IMPÉDANCIOMETRIA ESOFAGICA DE 24 HORAS | 5 |  |
| 12. | MANOMETRÍA ANORECTAL DE ALTA RESOLUCIÓN | 5 |  |
| 13. | BIOFEEDBACK POR SESION | 15 |  |
| 14. | ELASTOGRAFIA HEPATICA TRANSITORIA | 20 |  |
| 15. | CAPSULA ENDOSCOPICA DIGESTIVA | 5 |  |
| 16. | ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA DE ESOFAGO + PAAF BAJO SEDACIÓN | 2 |  |
| 17. | ECOENDOSCOPÍA DIAGNOSTICA DE ESTOMAGO + PAAF BAJO SEDACIÓN | 6 |  |
| 18. | ECOENDOSCOPÍA DIAGNÓSTICA DE VESICULA, VIAS BILIARES Y PANCREAS + PAAF BAJO SEDACIÓN | 4 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE HEMODIALISIS MOVIL** | |  |  |
| **DESCRIPCION DEL ITEM** | |  |  |
| 19. | SERVICIO DE HEMODIALISIS MOVIL POR SESION AMBULATORIA (UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA – SALA DE INTERNACIÓN). | 50 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE ESTUDIO DE NEUMOLOGÍA** | |  |  |
| **DESCRIPCION POR ITEM** | |  |  |
| 20. | OSCILOMETRÍA DE IMPULSO | 12 |  |
| 21. | PRUEBA DEL RETO BRONQUIAL O RETO AL EJERCICIO | 15 |  |
| 22. | PRUEBA DE DIFUSIÓN DE MONOXIDO DLCO | 10 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE RETINOLOGÍA** | |  |  |
| **DESCRIPCION POR ITEM** | |  |  |
| 23. | CONSULTA DE SUBESPEICALIDAD DE RETINA Y VITRERO | 120 |  |
| 24. | PROCEDIMIENTO LASER ARGON POR SESION UNO O AMBOS OJOS | 40 |  |
| 25. | PROCEDIMIENTO LASER AMARILLO POR SESION UNO O AMBOS OJOS | 10 |  |
| 26. | CIRUGIA RETIRO DE ACEITE DE SILICON | 4 |  |
| 27. | CIRUGIA COMBINADA FACOESTIMULACIÓN + VITRECTOMIA (NO INCLUYE LENTES) | 15 |  |
| 28. | PROCEDIMIENTO APLICACIÓN DE ANTIANGIOGENICOS AVASTIN (POR DOSIS) | 4 |  |
| 29. | CIRUGIA FACOESTIMULACION + PEELING MEMBRANA EPIRETINIANA (NO INCLUYE LENTES) | 1 |  |
| 30. | PROCEDIMIENTO YAGLASER (POR SESION UNO O AMBOS OJOS) | 25 |  |
| 31 | VITRECTOMIA PARA PLANA + CIRUGÍA DE CATARATA | 10 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INFANTIL** | |  |  |
| **DESCRIPCION POR LOTE** | |  |  |
| **ATENCION AMBULATORIO EN CONSULTORIO** | |  |  |
| 32. | CONSULTA MEDICA DE SUBESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA PEDIATRICA | 50 |  |
| CONSULTA AMBULATORIA DE TERAPIA INMUNOSUPRESORA O BIOLÓGICA | 24 |  |
| **ATENCION DE PATOLOGIAS EN HOSPITALIZACION** | | |
| ARTRITIS REUMATOIDEA ACTIVA | 5 |  |
| ARTRITIS REUMATOIDEA COMPLICADA | 1 |  |
| CRISIS LÚPICA NO COMPLICADA | 5 |  |
| CRISIS LÚPICA COMPLICADA Y/O SEVERA | 1 |  |
| MONO ARTRITIS AGUDA | 10 |  |
| POLIMIOSITIS- DERMATOMIOSITIS | 1 |  |
| VASCULITIS SISTÉMICA | 3 |  |
| ESCLEROSIS SISTÉMICA | 1 |  |
| SÍNDROME DE SJORGREN | 0 |  |
| SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS | 3 |  |
| ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA | 2 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE GLAUCOMATOLOGÍA** | |  |  |
| **DESCRIPCION POR ITEM** | |  |  |
| 33. | CONSULTA DE SUBESPECIALIDAD | 15 |  |
| 34. | TRABECULOPLASTIA SELECTIVA LASER (SLT) AMBOS OJOS | 10 |  |
| 35. | LASER MICROPULSADO CYCLO G6, TECNOLOGÍA ELLEX (1 OJO) | 10 |  |
| 36. | TERMOLISIS TRANSNESCLERAL TIPO CICLOFOTOCOAGULACION (1 OJO) | 15 |  |
| 37. | IPL IRIDOTOMIA PERIFERICA LASE AMBOS OJOS | 10 |  |
| 38. | IRIDOPLASTIA +IRIDOTOMIA LASER | 10 |  |
| 39. | CAPSULOTOMIA (1 OJO) | 15 |  |
| **ESPECIALIDAD SERVICIO DE CIRUJANO DE TÓRAX (ADULTOS)** | |  |  |
| **DESCRIPCIÓN DEL LOTE** | |  |  |
| 40. | CONSULTA MÉDICA DE SUBESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX | 20 |  |
| BRONCOSCOPIA RIGIDA | 10 |  |
| TORACOSCOPÍA DIAGNOSTICA PARA BIOPSIA DE PLEURA | 20 |  |
| PLEURECTOMIA | 10 |  |
| DRENAJE PLEURAL | 25 |  |
| TORACOSTOMÍA (VENTANA PLEUROCUTÁNEA) | 25 |  |
| DRENAJE PERCUTÁNEO PARA COLECCIONES PULMONARES (ABSCESO, ETC) | 8 |  |
| BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA | 15 |  |
| BIOPSIA PULMONAR | 15 |  |
| IMPLANTE DE CATÉTER DE LARGA PERMANENCIA | 6 |  |
| TRAQUEOPLASTÍA Y BRONCOPLASTÍA POR TRAUMA | 4 |  |
| SEGMENTECTOMÍA POR TORACOTOMÍA | 2 |  |
| SEGMENTECTOMÍA VIDEOASISTIDA | 2 |  |
| CIRUGIA TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA |  |  |
| VENTANA PERICÁRDICA (SUBXIFOIDEA) | 7 |  |
| PERICARDIECTOMÍA | 3 |  |
| DECORTICACIÓN PULMONAR | 15 |  |
| CIRUGÍA DE QUISTE HIDATÍDICO | 3 |  |
| TRATAMIENTO DEL HEMOTÓRAX RETENIDO | 7 |  |
| PLEURODESIS QUÍMICA | 4 |  |
| PLEURODESIS CON TALCO | 4 |  |
| TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA BRONCOPLEURAL | 5 |  |
| PERICARDIOCENTESIS | 4 |  |
| REDUCCIÓN QUIERÚRGICA DE FRACTURA DE COSTILLA CON PRÓTESIS | 3 |  |

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

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICOS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**novena** (***Garantía***).- La ……….. garantiza el cumplimiento de las obligaciones que contrate en virtud de la presente relación contractual, con la ………..a orden de la Caja de Salud de la Banca Privada, con vigencia al ………de ….de ..; la misma que será ejecutada sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial alguno, ante el incumplimiento contractual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

…………………………………….. ………………………………

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

**representante legal**