

### PLIEGO DE CONDICIONES

**INVITACION PUBLICA**

### LP-IP-001-2025

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS”** |

**La Paz, febrero de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **INVITACION PUBLICA LP-IP-001-2025**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS** |
| Tipo de Convocatoria: INVITACION PUBLICA |
| Forma de adjudicación: POR EL TOTAL |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Nombre: Lic. Ana Bernal Alamanza  Nombre: Dr. Carlos Alborta Aliaga |
| Correo electrónico: [ana.bernal@csbp.co.bo](mailto:ana.bernal@csbp.co.bo) |
| Teléfono: 2392395 Int. 1177  Int 2120 |

**ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 26/02/2025 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Consultas Escritas | Hasta:  05/03/2025 | Hasta  Hrs.15:00 | Dirigidas a:  [ana.bernal@csbp.com.bo](mailto:ana.bernal@csbp.com.bo) |
| 3 | Reunión de Aclaración | 07/03/2025 | Hrs.10:30 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  ID de reunión: 895 4712 5968 Código de acceso: 689096  Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 4 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  21/03/2025 | Hasta:  Hrs.10:00 | **Presentación Física:**   Calle. Reyes Ortiz Edificio Gundlach Torre Oeste P22 |
| 5 | Apertura de Ofertas. | 21/03/2025 | Hrs. 10:15 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  ID de reunión: 895 4712 5968 Código de acceso: 689096  Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 6 | Resultado Del Proceso | 04/04/2025 | | A los proveedores adjudicados |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.** * **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el monto equivalente al uno por ciento (1.0%) del valor de la propuesta económica presentada**,** con validez de **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI.   Ejecución: esta garantía será ejecutada:   * Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas. * Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta. * Cuando el proponente adjudicado no presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato * Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.   Devolución: esta garantía será devuelta:   * Al proponente adjudicado, cuando entregue la garantía de cumplimiento de contrato * A los otros proponentes, una vez suscrito el contrato * Después de la declaratoria desierta de la convocatoria * Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N°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.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **OFICINA NACIONAL,**  **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: LP-IP-01-2025**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas del día** **17 de marzo de 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 continua participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución en el Libro de Actas o Registro Electrónico.  La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita.  **OFERTA ELECTRONICA:**  También se aceptarán las propuestas en formato electrónico una vez que la empresa se haya registrado y se encuentre habilitada en el sistema de gestión de  proveedores de la CSBP, en este caso el proponente solo debe hacer llegar la garantía de seriedad de propuesta en original en el plazo establecido. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 9. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **CALIDAD Y PRECIO.**  Inicialmente se evaluarán los documentos administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.  Si el proponente hubiese omitido la presentación de algún documento administrativo que sea considerado error subsanable, solicitará al proponente el mencionado documento para que presente en el plazo de tres (3) días hábiles.  Recibido el documento en el plazo establecido, la Comisión de Calificación continuará con la evaluación correspondiente.  Si transcurridos los tres (3 días) hábiles el proponente no envía la documentación solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta.  Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación administrativa serán sometidas a:   1. Evaluación de la calidad, sobre 60 puntos 2. Evaluación de la propuesta económica, sobre 40 puntos |
| 1. **OBJETIVO** | Este sistema está diseñado a seleccionar las propuestas que cumplan con toda la documentación requerida y aprueben la calificación técnica y económica, con la finalidad de elegir la propuesta más conveniente a los intereses de la CSBP.  El procedimiento contempla dos etapas, la primera relacionada con la calificación económica con una ponderación de cuarenta puntos (40) y la segunda con el análisis de Condiciones Legales, Administrativas y Calificación Técnica, con una ponderación de sesenta puntos (60).     |  |  | | --- | --- | | **FACTORES A CALIFICAR** | **PUNTAJE** | | Propuesta Económica | 40 | | Propuesta Técnica | 60 | | **Puntaje Total** | **100** | |
| 1. **METODOLOGIA** | **Evaluación de la Propuesta Económica**  Para la evaluación de la propuesta económica, inicialmente se procederá a verificar en el **Formulario Nº 4** de Propuesta Económica, el monto del precio unitario propuesto por ítem en numeral con el monto propuesto en literal. **Si existiera diferencia entre los montos indicados en numeral y literal, prevalecerá el monto expresado en literal**.  Posteriormente, utilizando el Formulario N°4 se copiarán en el mismo todas las propuestas económicas (precios unitarios) para un ítem determinado, identificando al proponente.  Concluido el llenado de información por ítem, procederá con la evaluación de las ofertas económicas por cada ítem, identificando a la propuesta con el menor precio unitario a la misma que le asignará el mayor puntaje (30 puntos), y a las otras propuestas económicas un puntaje inversamente proporcional al valor de sus ofertas, aplicando la siguiente fórmula:   |  | | --- | | **PEP = (MPO/PP) \*PA** |   Donde:  PEP = Precio Evaluado de la Propuesta  MPO = Menor Precio Ofertado  PP = Precio propuesto  PA = Puntaje Asignado a la Oferta Económica |
| 1. **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 DE ENTREGA:** | Los ítems adjudicados deberán ser entregados considerando lo estipulado en la Especificaciones Técnicas. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **SUSCRIPCION DE CONTRATO** | |
| 1. **GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO** | Tiene por objeto garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato. Su monto debe ser equivalente al 7% (siete por ciento) del valor total del contrato y vigente desde la fecha fijada para la firma del contrato hasta 360 días calendario posteriores al mismo, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.  En los servicios de provisión continua o monto fijo, se efectuará la retención del 7% del monto mensual consumido como Garantía de Cumplimiento del servicio, de tal manera que al cumplimiento de la vigencia del mismo y habiendo cumplido con todo el objeto del contrato se procederá a su devolución, previo informe de conformidad de la unidad solicitante.  Esta garantía será devuelta, cumplido el plazo de validez de la misma (360 días calendario), existiendo conformidad de la Unidad Solicitante.  La CSBP ejecutará esta garantía por incumplimiento de las cláusulas específicamente pactadas en el contrato o cuando el proveedor no cumpla con la renovación en el plazo señalado por la CSBP. |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta, además de la Garantía de Cumplimiento de Contrato descrita en el punto anterior.  La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.  Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.  Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se ejecutará la garantía de seriedad de propuesta.  Si se utilizó el sistema COSTO MENOR, , se adjudicará a la propuesta que haya ofertado el segundo menor costo siempre y cuando cumpla con lo requerido.  En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO** | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE V**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | |
| **INTRODUCCION**  Dentro de los exámenes complementarios y de apoyo diagnostico se centran los Estudios Neurofisiológicos, que deben ser prestados con calidad y calidez a los asegurados y beneficiarios de la CSBP, en el marco de las políticas institucionales y normativa vigente.  Para prestar servicios médicos integrales amerita contar con la contratación de servicios técnicos asistenciales que provean servicios médicos integrales amerita contar con la contratación de servicios técnicos asistenciales que provean servicios de Estudios de Neurofisiología, según normas, protocolos y reglamentos, de forma paralela a la actividad de diagnostico y tratamiento realizado por los profesionales médicos complementando y garantizando un servicio integral.  Consiguientemente la Caja de Salud de la Banca Privada – Regional La Paz, requiere contratar estos servicios bajo los siguientes parámetros de calidad:   * Experiencia en la prestación de servicios de Estudios de Neurofisiología. * Cumplir con el servicio de estudios de neurofisiología solicitados por médico tratante. * Realizar la programación seguimiento y cumplimiento de los Estudios solicitados. * Otorgar preferencia y prioridad en la programación de los estudios neurofisiológicos solicitados por la población asegurada de la CSBP. * Coordinar con medico especialista y trabajo social sobre aspectos referidos al proceso de atención medica de pacientes transferidos. * Entablar comunicación con Jefatura Medica de Policonsultorio y de Hospitalización en aquellos pacientes con alteraciones que requieran la repetición de los estudios, otros estudios a ser solicitados por el medico tratante o alteraciones que signifiquen riesgo de vida o perdida de función del paciente. * Complementar la educación y orientación que el medico de la paciente en la consulta referidos al ámbito especifico de los Servicios de Estudios de Neurofisiología. * Mantener confidencialidad y reserva sobre los resultados que deben ser entregados 24 horas después del estudio, a la unidad de archivo clínico de la CSBP con el respectivo informe. * No adelantar presunción diagnostica o terapéutica al paciente o familiar * En caso de hallazgos de alarma comunicar al médico tratante o a su servicio de inmediato * En caso de solicitarse, el profesional debe participar en sesiones médicas, revisión de auditorías, juntas médicas y otros que convoque jefatura médica, sin cargo alguno. * Disponibilidad para comunicación, seguimiento y coordinación de casos con profesional tratante. * Mantener una coordinación fluida con CSBP.   **EVALUACION DE LA PROPUESTA**   |  |  | | --- | --- | | **FACTORES A CALIFICAR** | **PUNTAJE** | | Propuesta Económica | 40 | | Propuesta Técnica | 60 | | **Puntaje Total** | **100** |   **CALIFICACION TECNICA DEL SERVICIO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **INCISO** | **DETALLE** | **PUNTAJE** | | A | Aptitud Operacional | 15 | | B | Propuesta de Servicios | 25 | | C | Servicios Conexos y entrega de Informes | 10 | | D | Accesibilidad y Equipamiento | 10 | |  | **Puntaje Total** | **60** |   **INCISO A: Aptitud operacional**   |  | | --- | | **15 Puntos** | | **PERFIL ACADEMICO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA 5 Puntos** | | |  |  | | --- | --- | | 1. Perfil Profesional: la propuesta deberá señalar el profesional o los profesionales que otorgaran el Servicio de Estudios de Neurofisiología, para este fin el proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano * Título de Especialista en Neurología otorgado por Universidad reconocida * Formación o experiencia en Neurofisiología * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes * Experiencia profesional mínimo de tres años en la especialidad | 3 | | 1. Especialista Medico Anestesiólogo (deseable no excluyente) que cuente con:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano * Título de Especialista en Neurología otorgado por Universidad reconocida * Acreditar experiencia en la especialidad mínima de dos años * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes * Inscripción en el colegio respectivo | 1 | | Para presentación de los servicios requeridos el gabinete deberá contar con:   * ***Personal de apoyo técnico suficiente para cubrir la demanda, debiendo presentar Currículo documentado del personal técnico.*** | 1 | | | **INFRAESTRUCTURA 5 Puntos** | | El proponente deberá contar como mínimo con los siguientes ambientes:   |  |  | | --- | --- | | **Parámetro** | **Puntaje** | | 1 consultorio o gabinete médico para la atención ambulatoria de pacientes que requieran estudio de neurofisiología | 1 | | 1 sala de espera e información | 1 | | Baño para pacientes | 1 | | El proponente deberá contar obligatoriamente con registro y licencia de funcionamiento del consultorio privado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) | 2 | |  | **5** |   El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ (este requisito también se considera como calificable) | | **HORARIOS DE ATENCION 5 Puntos** | | El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento:   |  |  | | --- | --- | | **Parámetro** | **Puntaje** | | Lunes a viernes en horarios de la mañana y tarde (3 horas diarias como mínimo) | 2 | | Sábados en turno de la mañana (deseable) | 1 | | En caso de emergencia, los servicios serán prestados en cualquier horario, incluyendo los días sábados, domingos y feriados, sin recarga alguna al precio estipulado | 2 | |  | **5** |   Rol de turnos para llamado de emergencia que cubra las 24 horas, domingos y feriados.  Los servicios de estudios de neurofisiología tendrán supervisión directa de Jefatura de Policonsultorio y Jefatura de Hospitalización. |   **INCISO B: Oferta de Servicios**   |  | | --- | | **SERVICIO A CONTRATAR 25 Puntos** | | Los estudios Neurofisiológicos a ser prestados a la Regional La Paz de la CSBP son los que se detallan en forma general:  Adultos y niños:   |  |  | | --- | --- | | **Servicio** | **Puntaje** | | Electroencefalograma | 4 | | Mapeo cerebral de amplitudes, frecuentes, histogramas, coherencia hemisférica | 3 | | Electroencefalograma en clínica a pacientes críticos internados en piso o en los Servicios de Terapia Intensiva Adultos, Pediátricos o Neonatal (Portátil, deseable) | 2 | | Video electroencefalograma (opcional) | 2 | | Electromiografía (exclusivamente con electrodos de aguja) | 4 | | Velocidad de conducción nerviosa (motora, sensitiva, ondas F, reflejos H, estimulación repetitiva para miastenia, estudio de temblor (Bilink réflex) | 3 | | Potenciales evocados auditivos, visuales y somatosensoriales | 3 | | Estudios bajo sedación (deseable) | 2 | | Posibilidad de que en caso de presentarse emergencias se pueda realizar los estudios con equipo portátil | 2 | |  | **25** |   Los estudios de neurofisiología otorgadas en el consultorio externo, estarán sujetos a programación y con solicitud inicial del médico tratante.  Los estudios de Neurofisiología que requieren sedación serán expresamente solicitados a través de nota de Jefatura Medica. |   **INCISO C: Servicios Conexos y Entrega de Informes**   |  | | --- | | **SERVICIOS CONEXOS 5 Puntos** | | El proponente en redacción propia se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación y acceso a internet, esto con la obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la C.S.B.P. Siendo obligatorio el registro de informe en el SAMI y entrega del informe en formato físico dentro las 24 hrs. siguientes al estudio, |  |  | | --- | | **ENTREGA DE INFORMES 5 Puntos** | | Los informes deben ser entregados en Archivo Clínico dentro de las 24 horas después de realizado el estudio |   **INCISO D: Accesibilidad y Equipamiento**   |  | | --- | | **ACCESIBILIDAD 4 Puntos** | | Se evaluarán los siguientes aspectos:   |  |  | | --- | --- | | **Parámetro** | **Puntaje** | | Acceso | 2 | | Ubicación | 2 | |  |  | | --- | | **EQUIPAMIENTO 6 Puntos** | | Serán calificados de acuerdo a la antigüedad de los equipos de la siguiente forma:   |  |  | | --- | --- | | **Antigüedad** | **Puntaje** | | 2018 o más | 3 | | 2014 – 2017 | 2 | | Menos de 2013 | 1 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA 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.: LP-IP-001-2022**

**“ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS”**

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

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

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

c) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

\*Para empresas Unipersonales

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

b) Matrícula de Inscripción en FUNDEMPRESA, vigente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

e) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

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 TECNICA**

| **1.REQUISITOS NECESARIOS DEL(LOS) BIEN(ES) Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**  (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE** | | **Observaciones** (especificar el porqué no cumple) |
| **SI** | **NO** |
| **A. APTITUD OPERACIONAL** |  |  |  |  |
| **PERFIL ACADEMICO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA** |  |  |  |  |
| 1. Perfil Profesional: la propuesta deberá señalar el profesional o los profesionales que otorgaran el Servicio de Estudios de Neurofisiología, para este fin el proponente deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano * Título de Especialista en Neurología otorgado por Universidad reconocida * Formación o experiencia en Neurofisiología * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes * Experiencia profesional mínimo de tres años en la especialidad |  |  |  |  |
| 1. Especialista Medico Anestesiólogo (deseable no excluyente), para este fin deberá adjuntar en su propuesta la siguiente documentación:  * Título Académico y en Provisión Nacional de Médico Cirujano * Título de Especialista en Neurología otorgado por Universidad reconocida * Acreditar experiencia en la especialidad mínima de dos años * Matricula del Ministerio de Salud y Deportes * Inscripción en el colegio respectivo |  |  |  |  |
| Para presentación de los servicios requeridos el gabinete deberá contar con:  ***Personal de apoyo técnico suficiente para cubrir la demanda, debiendo presentar Currículo documentado del personal técnico.*** |  |  |  |  |
| **INFRAESTRUCTURA** (El proponente deberá adjuntar un listado del equipamiento ofertado, previa verificación in situ (este requisito también se considera como calificable)) | | | | |
| 1 consultorio o gabinete médico para la atención ambulatoria de pacientes que requieran estudio de neurofisiología |  |  |  |  |
| 1 sala de espera e información |  |  |  |  |
| Baño para pacientes |  |  |  |  |
| El proponente deberá contar obligatoriamente con registro y licencia de funcionamiento del consultorio privado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) (adjuntar fotocopia) |  |  |  |  |
| **HORARIOS DE ATENCION** El proponente deberá presentar una descripción de los horarios de atención, de acuerdo al siguiente requerimiento: | | | | |
| Lunes a viernes en horarios de la mañana y tarde (3 horas diarias como mínimo) |  |  |  |  |
| Sábados en turno de la mañana (deseable) |  |  |  |  |
| En caso de emergencia, los servicios serán prestados en cualquier horario, incluyendo los días sábados, domingos y feriados, sin recarga alguna al precio estipulado |  |  |  |  |
| Rol de turnos para llamado de emergencia que cubra las 24 horas, domingos y feriados. |  |  |  |  |
| Los servicios de estudios de neurofisiología tendrán supervisión directa de Jefatura de Policonsultorio y Jefatura de Hospitalización. |  |  |  |  |
| **B. OFERTA DE SERVICIOS** |  |  |  |  |
| **SERVICIOS A CONTRATAR** (Los estudios Neurofisiológicos a ser prestados a la Regional La Paz de la CSBP son los que se detallan en forma general: Adultos y niños: | | | | |
| Electroencefalograma |  |  |  |  |
| Mapeo cerebral de amplitudes, frecuentes, histogramas, coherencia hemisférica |  |  |  |  |
| Electroencefalograma en clínica a pacientes críticos internados en piso o en los Servicios de Terapia Intensiva Adultos, Pediátricos o Neonatal (Portátil, deseable) |  |  |  |  |
| Video electroencefalograma (opcional) |  |  |  |  |
| Electromiografía (exclusivamente con electrodos de aguja) |  |  |  |  |
| Velocidad de conducción nerviosa (motora, sensitiva, ondas F, reflejos H, estimulación repetitiva para miastenia, estudio de temblor (Bilink réflex) |  |  |  |  |
| Potenciales evocados auditivos, visuales y somatosensoriales |  |  |  |  |
| Estudios bajo sedación (deseable) |  |  |  |  |
| Posibilidad de que en caso de presentarse emergencias se pueda realizar los estudios con equipo portátil |  |  |  |  |
| Los estudios de neurofisiología otorgadas en el consultorio externo, estarán sujetos a programación y con solicitud inicial del médico tratante. |  |  |  |  |
| Los estudios de Neurofisiología que requieren sedación serán expresamente solicitados a través de nota de Jefatura Medica. |  |  |  |  |
| **C. SERVICIOS CONEXOS Y ENTREGA DE INFORMES** |  |  |  |  |
| **SERVICIOS CONEXOS** |  |  |  |  |
| El proponente en redacción propia se compromete a equipar sus ambientes con equipos de computación y acceso a internet, esto con la obligación de registrar los datos requeridos en nuestro sistema SAMI y expediente clínico físico de acuerdo a formatos vigentes en la C.S.B.P. Siendo obligatorio el registro de informe en el SAMI y entrega del informe en formato físico dentro las 24 hrs. siguientes al estudio. |  |  |  |  |
| **ENTREGA DE INFORMES** |  |  |  |  |
| Los informes deben ser entregados en Archivo Clínico dentro de las 24 horas después de realizado el estudio |  |  |  |  |
| **D. ACCESIBILIDAD Y EQUIPAMIENTO** |  |  |  |  |
| **ACCESIBILIDAD** Se evaluarán los siguientes aspectos: |  |  |  |  |
| Accesibilidad al gabinete cuente con acceso para personas con limitaciones físicas. y |  |  |  |  |
| Ubicación (Direccion del consultorio(s) registrado en NIT y/o licencia de funcionamiento (SEDES) zona de fácil acceso y transporte |  |  |  |  |
| **EQUIPAMIENTO** Serán calificados de acuerdo a la antigüedad de los equipos de la siguiente forma: | | | | |
| 2018 o más |  |  |  |  |
| 2014 – 2017 |  |  |  |  |
| Menos de 2013 |  |  |  |  |
| **C. REGIMEN DE MULTAS** |  |  |  |  |
| **RETRASO EN LA PRESTACION DEL SERVICIO:**  Multa equivalente al 0.03% del monto cancelado de manera mensual por cada día de retraso en la prestación del servicio. |  |  |  |  |
| **D. FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| El pago será monto fijo de manera mensual. |  |  |  |  |

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

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONOMICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO**  **Bs.** | **MONTO TOTAL Bs.** |
| SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA | 24 MESES |  |  |

MODELO DE CONTRATO

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

…………………………………….. ………………………………

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

………….

**representante legal**