

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### OR-CMA-001-2023

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“PROVISIÓN SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA: RAYOS X – ECOGRAFÍA – TOMOGRAFIA, POR EVENTO”** |

 **Oruro, febrero de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****CONTRATO MARCO OR-CMA-001-2023****PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Agencia Regional Oruro invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **PROVISIÓN SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA: RAYOS X – ECOGRAFÍA – TOMOGRAFIA, POR EVENTO****PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: A las mejores propuestas que cumplan lo requerido. Se podrá adjudicar los servicios a más de un proponente y los servicios contratados serán a requerimiento de la CSBP |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Cumple/No Cumple |
| Encargados de atender consultas: Dr. Víctor Hugo Caballero Correa Lic. Darling Carmin Herbas Aguila  |
| Correo electrónico: victor.caballero@csbp.com.bo darling.herbas@csbp.com.bo   |
| Teléfono: 5250750 - 5250580 int. 6106 - 6108 |

**CONTRATO MARCO PROVISIÓN SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA: RAYOS X – ECOGRAFÍA – TOMOGRAFIA, POR EVENTO**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 01/03/2023 |  | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |
| 2 | Inspección Previa | No corresponde | No corresponde | No corresponde |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:07/03/2023 | HastaHrs.16:30 | Dirigidas a: victor.caballero@csbp.com.bo |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:09/03/2023 | HastaHrs.10:00 | Presencial, en la siguiente dirección: Sala de Reuniones, Policonsultorio CSBP Oruro, calle Adolfo Mier #1027 esq. Camacho |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 15/03/2022 | Hasta:Hrs.17:00 | **Presentación Física:**  Calle Adolfo Mier #1027 esquina Camacho – Plataforma de Servicios |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta:15/03/2023 | Hasta:Hrs.17:15 | En la siguiente dirección: Sala de Reuniones, Policonsultorio CSBP Oruro, calle Adolfo Mier #1027 esq. Camacho |
| 7 | Resultado Del Proceso | 20/03/2023 | Página Web: <https://portal.csbp.com.bo/> |

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

|  |
| --- |
| **PARTE I****INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE**
 | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº011/2022 del 23 de febrero de 2022, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES**
 | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia.
2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia.
 |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION**
 | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades: * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada.
* Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año.
* Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP.
* Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales.
* Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.

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

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

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

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

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

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA*** Formulario **N°3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original**
* Formulario **N°4** de Experiencia de la empresa,identificado en los Anexos de este documento, **en original**

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA** La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N°5** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA**
 | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, para lo que se considerará lo siguiente: 1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso.
2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta.
 |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**
 | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados. El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA**
 | La recepción de ofertas se realizará de forma física.**OFERTA FISICA:** La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****AGENCIA REGIONAL ORURO,****LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: Calle Adolfo Mier #1027 esquina Camacho, Plataforma de Servicios, Planta Baja.**RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: OR-CMA-001/2023****“PROVISIÓN SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA: RAYOS X – ECOGRAFÍA – TOMOGRAFÍA, POR EVENTO”*****PRIMERA* CONVOCATORIA****No abrir antes de horas 17:15 del día 14** **de marzo de 2023****No abrir antes de horas del día**  **de de 2022****No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o complementaciones a la misma. Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de 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.Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación. Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES**
 | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades: 1. Propuesta Técnica.
2. Propuesta Económica.
3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote.
4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas.
 |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES**
 | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC;
2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada;
3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.

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

|  |
| --- |
| **PARTE III****EVALUACIÓN DE OFERTAS** |
| 1. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO**
 | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | Para el caso de Contratos Marco, al ser bienes, obras y/o servicios parametrizados, donde se conoce las características exactas de lo que se requiere, el método de Calificación será cumple no cumple, ya que basta con que las propuestas cumplan con las características solicitadas y en base a los precios ofertados se podrá elegir a una o varias empresas para Contratar. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION**
 | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles.Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN**
 | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:1. Nómina de los proponentes y precios ofertados
2. Cuadros comparativos
3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica
4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia.
5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda.
6. Detalle de inhabilitación de propuestas, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente.
7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes
8. Recomendación de adjudicación o declaratoria desierta.
 |

|  |
| --- |
| **PARTE IV****SUSCRIPCION DE CONTRATO** |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS**
 | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta.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 adjudicará a la propuesta que haya obtenido el segundo lugar en la evaluación de las propuestas.En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO**
 | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |

|  |
| --- |
| **PARTE V****ESPECIFICACIONES TECNICAS** |
| La Caja de Salud de la Banca privada Agencia Regional Oruro requiere realizar la compra de los servicios de Imagenología en Rayos X, Ecografía y Tomografía **POR EVENTO** para cubrir las necesidades de los asegurados de acuerdo a lo requerido por los médicos de las distintas especialidades a ser cancelado de manera mensual.**MODALIDAD DE ADJUDICACIÓN**La Adjudicación se realizará por servicio:* Servicio de Rayos X
* Servicios de Ecografía
* Servicios de Ecografía Doppler
* Servicios de Tomografía

**MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**El contrato tendrá una vigencia de DOS AÑOS, renovables previo acuerdo entre partes.**REQUISITOS TECNICOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCIÓN** | **SI CUMPLE /NO CUMPLE** |
| **1** | **DOCUMENTACION DEL CENTRO Y LOS PROFESIONALES** |   |
| -        Número de Identificación Tributaria NIT (Fotocopia)-        Autorización de funcionamiento del SEDES  |
| -        Los Profesional Médicos / Licenciados / Técnicos que brindaran el servicio deben presentar:* Título en Provisión Nacional
* Matricular Profesional
* Título de Especialista avalado por la Sociedad Boliviana de Radiología
* Afiliado a Colegio Médico de Imagenólogos Departamental
* Afiliado al Colegio de Técnicos y Licenciados Departamental
* Experiencia de trabajo mínima de 2 años como Medico Imagenólogos (adjuntar certificados de trabajo)
* Experiencia de trabajo mínima de 2 años como Licenciado o Técnico Imagenólogos (adjuntar certificados de trabajo)
* Licencia Individual vigente otorgada por el IBTEN (Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear)
 |
| ***Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple.*** |
| **2** | **EQUIPAMENTO DEL SERVICIO** |   |
| **SERVICIO DE RAYOS X.-** El proponente debe contar con equipos de Rayos X, para la realización de estudios simples y contrastados de diversas partes del cuerpo; especificar ***año de fabricación del equipo, marca y modelo***:Debe contar con:* Sistema de Radiografía Integra
* Mesa Flotante de soporte de hasta 320 Kg
* Rejilla Desmontable de protección al paciente
* Colimador Manual
* Impresora digital terminal
 |
| **SERVICIO DE ECOGRAFIA Y ECOGRAFIA DOPPLER. -** El proponente debe contar con equipos de Ecografía, para la realización de estudios simples y Doppler de diversas partes del cuerpo; ***especificar año de fabricación del equipo, marca y modelo*** **Nota. -** contar con transductores para ecografía general, transvaginal y partes blandas.Debe contar con las siguientes características:* Formador digital del haz de ultrasonido (digital beamformer) a fotogramas por segundo (fps, frames per second): por lo menos hasta 1000 eps.
* Niveles de grises: por lo menos hasta 256.
* Máxima profundidad de visualización (máximum display Depth): por lo menos hasta 30 cm.
* Puertos activos de conexión para transductores: por lo menos tres.
* Selección de puntos focales: por lo menos ocho (08).
* Capacidad de exportación de imágenes: imágenes en formato jpeg o tiff o bmp; videos en formato avi o mpeg o wmv, optimización automática de imagen.
 |
| **SERVICIO DE TOMOGRAFIA. -** El proponente debe contar con equipos de Tomografía, para la realización de estudios simples y contrastados de diversas partes del cuerpo; ***especificar año de fabricación del equipo, marca y modelo***.Debe contar con las siguientes características:* Tomógrafo computarizado multicorte que realice 32 cortes como mínimo simultáneamente por cada revolución.
* Con 32 hileras o filas de detectores como mínimo
* Tecnología de reducción de dosis de radiación por reconstrucción iterativa y técnica de modulación de dosis fantomas propios del equipo para su calibración, verificación y/o control de calidad.
 |
| **3** | **HORARIOS DESTINADOS A LA ATENCION DE LOS PACIENTES** |   |
| El proponente debe de ofertar los horarios de atención, de lunes a viernes y los días sábados hasta el mediodía. |
| ***El proponente debe indicar el horario de atención a los asegurados*** |
| En caso de emergencias el centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos, feriados, paros cívicos, etc. **sin costo adicional**. |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **4** | **AMBIENTES** |   |
| El proponente debe contar con ambientes acordes para la realización del estudio, con iluminación natural y/o artificial suficientes. |
| **Los equipos deben estar ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente.**1.- Sala de espera con sillas y revistero2.- Secretaria / recepcionista o plataforma de atención.3.- Área de preparación de estudio y/o vestuario en caso de los estudios especiales.4.- Baño para pacientes5.- Contar con silla de ruedas para pacientes6.- Contar con acceso para camilla |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **5** | **BIOSEGURIDAD** |   |
| El centro debe contar con todas las medidas de Bioseguridad necesarias en lo que se refiere a prevención del COVID-19 acorde a Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes (sin que esto incremente costo adicional a la CSBP). |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **6** | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO** |  |
| En caso de que el proponente por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en el equipo, falta de personal, cortes de energía eléctrica, etc.) no pueda prestar el servicio requerido, ***contratará por cuenta propia los servicios de otro centro que preste el mismo servicio***, garantizando de esta forma la continuidad del servicio.  |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **7** | **REGISTRO DE RESULTADOS EN SOFTWARE DE LA CSBP** |  |
| El centro ***debe registrar los resultados en el sistema médico de la CSBP***, debiendo entregar los resultados impresos de los estudios realizados con sello y firma del profesional Medico Imagenólogo en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier), así mismo enviar las Imágenes del o los estudios en medios Impresos físicos o digitales, según requerimiento de la CSBP, ***máximo dentro las 24 hrs de haber realizado el estudio***. |
| En caso de Emergencias, debe existir **coordinación inmediata** con el médico tratante ya sea en Policonsultorio y/o el Centro Hospitalario contratado por la CSBP, a fin de que el resultado sea conocido a la brevedad posible. |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **8** | **SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA** |   |
| En caso de requerir que los estudios sean realizados bajo efecto anestésico o sedación, el Centro deberá proporcionar este servicio a cargo de un médico anestesiólogo ***sin que este incurra en un costo adicional a la CSBP.*** |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **9** | **ENTREGA DE INFORMES PARA PAGO** | **SI CUMPLE /NO CUMPLE** |
| Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el Centro debe presentar mensualmente en fecha de corte que emita la CSBP, la factura y órdenes médicas de atención con firmas y sellos autorizados de los estudios realizados. |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| 10 | **EQUIPAMENTO INFORMATICO** |   |
| El Centro deberá contar con equipo de computación, destinados al servicio de la CSBP, con las siguientes características mínimas: |
| •          Procesador core i5 o superior |
| •          4 GB en RAM como mínimo |
| •          Espacio en disco duro de 500 GB |
| •          Windows 10 o superior |
| •          Impresora |
| •          Conexión a Internet mínimo 10 Mb. |
| •          contar con Antivirus Actualizado |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| 11 | **PROCEDIMIENTOS DE ATENCION** |   |
| Con el objetivo de la prestación del servicio, La CSBP emitirá las ordenes de Estudio en boletas impresas, debidamente selladas y autorizadas por la CSBP para la atención a nuestros asegurados, siendo estos documentos los que autorizan al profesional para la prestación del servicio.  |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| 12 | **DOTACION DE MEDICAMENTOS Y MEDIOS DE CONTRASTE** |   |
| Los medicamentos y/o medios de contraste para la realización de los estudios que así ameriten el empleo de los mismos, **serán proporcionados por el Centro e incluidos en su propuesta económica**. |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| 13 | **EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)** |   |
| A objeto de proteger a los pacientes y a los trabajadores, el Centro deberá proporcionar equipo de protección personal en lo que se refiere a prevención del COVID-19 acorde a Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes. ***sin que este incurra en un costo adicional a la CSBP.*** |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento***  |
| 14 | **MULTAS Y SANCIONES** |   |
| En caso de incumplimiento de algún ítem adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados a otro centro de similar categoría y cobrar al CENTRO la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado. De continuar la falencia se aplicará el descuento del 1% del pago de la factura del mes en curso.  |
| ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |

**DETALLE DEL SERVICIO****SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – ECOGRAFIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NRO.** | **ITEM** |
| 1 | Ecografía Mamaria unilateral |
| 2 | Ecografía Mamaria bilateral |
| 3 | Ecografía Transfontanelar |
| 4 | [Ecografía Abdominal (rastreo)](http://www.inforadiologia.org/paginas/ecoabdominal.htm) |
| 5 | Ecografía hepato-biliar-pancreática |
| 6 | Ecografía hombro-rodilla-codo |
| 7 | Ecografía Axilar unilateral |
| 8 | Ecografía Axilar bilateral |
| 9 | Ecografía de Extremidades superiores |
| 10 | Ecografía de Extremidades inferiores |
| 11 | Ecografía Ginecológica (pélvica y/o transvaginal) |
| 12 | [Ecografía Obstétrica (pélvica y/o transvaginal)](http://www.inforadiologia.org/paginas/ecoobstetrica.htm) |
| 13 | Ecografía Partes Blandas |
| 14 | Ecografía Pélvica |
| 15 | Ecografía Pleural |
| 16 | Ecografía Pleural bilateral |
| 17 | Ecografía Renal |
| 18 | Ecografía Renal Vesical |
| 19 | Ecografía Submaxilar unilateral |
| 20 | Ecografía Submaxilar bilateral |
| 21 | [Ecografía Testicular](http://www.inforadiologia.org/paginas/ecotesticular.htm) |
| 22 | Ecografía Tiroidea |
| 23 | Ecografía Toráxica |
| 24 | Ecografía Transrectal |
| 25 | Ecografía Prostática |
| 26 | Ecografía Vesico Prostática |
| 27 | Elastografía mamaria |
| 28 | Elastografía hepática |
| 29 | Elastografía tiroidea |
| 30 | Biopsia de Mama guiada por ecografía |
| 31 | Biopsia de Parótida guiada por ecografía |
| 32 | Biopsia de Tiroides guiada por ecografía |
| 33 | Biopsia Hepática guiada por ecografía |
| 34 | Biopsia Renal guiada por ecografía |
| 35 | Biopsia Transrectal de Próstata guiada por ecografía |

**SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – ECOGRAFIA DOPPLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **NRO.** | **ITEM** |
| 1 | Abdominal |
| 2 | Arterial de dos miembros |
| 3 | Arterial de un miembro |
| 4 | Carotideo vertebral arterial |
| 5 | Carotideo vertebral venosa |
| 6 | Hígado |
| 7 | Mamaria Bilateral |
| 8 | Mamaria Unilateral |
| 9 | Pélvica |
| 10 | Renal unilateral |
| 11 | Renal bilateral |
| 12 | Sistema Portal |
| 13 | Testículos |
| 14 | Tiroides |
| 15 | Vasos subclavios bilateral |
| 16 | Vasos subclavios unilateral |
| 17 | Venosa de dos miembros |
| 18 | Venosa de un miembro |
| 19 | Venosa y arterial de dos miembros |
| 20 | Venosa y arterial de un miembro |

**SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – TOMOGRAFIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NRO.** | **ITEM** |
| 1 | TAC de cráneo |
| 2 | TAC columna lumbar por segmento |
| 3 | TACH de cráneo |
| 4 | TACH pulmones |
| 5 | Abdomen agio TAC |
| 6 | Abdomen sin contraste |
| 7 | Abdomen –pelvis angio TAC |
| 8 | Abdomen – pelvis con contraste |
| 9 | Abdomen – pelvis sin contraste |
| 10 | Angio TAC renal |
| 11 | Angio TAC tórax |
| 12 | Aorta angio TAC |
| 13 | Arteria pulmonar angio TAC |
| 14 | Articulación cadera sin y con contraste |
| 15 | Articulación 3D cadera |
| 16 | Articulación 3D codo |
| 17 | Articulación 3D hombro |
| 18 | Articulación 3D mano |
| 19 | Articulación 3D muñeca |
| 20 | Articulación 3D pie |
| 21 | Articulación 3D rodilla |
| 22 | Articulación 3D tobillo |
| 23 | Articulación cadera con contraste |
| 24 | Articulación cadera sin contraste |
| 25 | Articulación codo con contraste |
| 26 | Articulación codo sin contraste |
| 27 | Articulación con y sin contraste |
| 28 | Articulación con contraste |
| 29 | Articulación hombro con contraste |
| 30 | Articulación hombro sin contraste |
| 31 | Articulación hombro sin y con contraste |
| 32 | Articulación mano con contraste |
| 33 | Articulación mano sin contraste |
| 34 | Articulación mano sin y con contraste |
| 35 | Articulación muñeca con contraste |
| 36 | Articulación muñeca sin contraste |
| 37 | Articulación muñeca sin y con contraste |
| 38 | Articulación pie con contraste |
| 39 | Articulación pie sin contraste |
| 40 | Articulación pie sin y con contraste |
| 41 | Articulación rodilla con contraste |
| 42 | Articulación rodilla sin contraste |
| 43 | Articulación rodilla con y sin contraste |
| 44 | Articulación tobillo con contraste |
| 45 | Articulación tobillo sin contraste |
| 46 | Biospsia o aspiración diagnóstica guiada por TAC |
| 47 | Broncoscopía virtual |
| 48 | Cardiotomografía (Score calcio en arterias coronarias) |
| 49 | Cavidades perinasales 3D |
| 50 | Cavidades perinasales con contraste |
| 51 | Cavidades perinasales sin contraste |
| 52 | Colocación de catéter guiada por TAC |
| 53 | Colonoscopía virtual |
| 54 | Columna vertebral completa |
| 55 | Columna cervical 3 vértebras |
| 56 | Columna cervical 4 vértebras |
| 57 | Columna cervical 5 vértebras |
| 58 | Columna cervical completa |
| 59 | Columna cervical sin contraste |
| 60 | Columna cervical con contraste |
| 61 | Columna dorsal sin contraste |
| 62 | Columna dorsal con contraste |
| 63 | Columna dorsal 4 vértebras con contraste |
| 64 | Columna dorsal 4 vértebras sin contraste |
| 65 | Columna dorso lumbar |
| 66 | Columna lumbar 4 vértebras con contraste |
| 67 | Columna lumbar 4 vértebras sin contraste |
| 68 | Columna lumbar con contraste |
| 69 | Cortes adicionales por nivel |
| 70 | Cráneo 3D |
| 71 | Cráneo angio TAC |
| 72 | Cráneo con contraste |
| 73 | Cráneo si contraste |
| 74 | Cuello angio TAC |
| 75 | TAC de cuello 3D con contraste |
| 76 | Cuello con contraste |
| 77 | Cuello sin contraste |
| 78 | Dental scan |
| 79 | Drenaje de abscesos y colecciones |
| 80 | Hueso largo antebrazo con contraste |
| 81 | Hueso largo antebrazo sin contraste |
| 82 | Hueso largo antebrazo sin y con contraste |
| 83 | Hueso largo brazo con contraste |
| 84 | Hueso largo brazo sin contraste |
| 85 | Hueso largo brazo con y sin contraste |
| 86 | Hueso largo muslo con contraste |
| 87 | Hueso largo muslo sin contraste |
| 88 | Hueso largo muslo con y sin contraste |
| 89 | Hueso largo pierna con contraste |
| 90 | Hueso largo pierna sin contraste |
| 91 | Hueso largo pierna con y sin contraste |
| 92 | Macizo facial 3D |
| 93 | Mandíbula 3D |
| 94 | Mielotomografía 3 niveles |
| 95 | Miembro inferior angio TAC |
| 96 |  Miembro superior angio TAC |
| 97 | Nefrostomía percutánea |
| 98 | Oídos con contraste |
| 99 | Oídos sin contraste |
| 100 | Órbitas 3D |
| 101 | Órbitas con contraste |
| 102 | Órbitas sin contraste |
| 103 | Órbitas sin y con contraste |
| 104 | Pelvis angio TAC |
| 105 | Pelvis con contraste |
| 106 | Pelvis con reconstrucción 3D |
| 107 | Pelvis sin contraste |
| 108 | Pielo TAC |
| 109 | Punción diagnóstica guiada por TAC |
| 110 | Silla turca sin contraste |
| 111 | Tobillo |
| 112 | Tórax con contraste |
| 113 | Tórax con cortes de alta resolución |
| 114 | Tórax sin contraste |
| 115 | Tórax – Abdomen con contraste |
| 116 | Tórax – Abdomen sin contraste |
| 117 | Tórax – abdomen – pelvis angio TAC |
| 118 | Tórax – abdomen – pelvis con contraste |
| 119 | Tórax – abdomen –pelvis sin contraste |
| 120 |  Uro TAC |

**SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – RAYOS X**

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **ITEM** |
| 1 | abdomen ap acostado |
| 2 | abdomen ap de pie |
| 3 | abdomen de pie y acostado |
| 4 | abdomen lateral |
| 5 | agujeros opticos |
| 6 | antebrazo ap |
| 7 | antebrazo ap-lat |
| 8 | arco cigomatico una proyeccion |
| 9 | articulación acromio-clavicular una proyeccion |
| 10 | articulacion coxofemoral ap |
| 11 | articulacion coxofemoral axial bilateral |
| 12 | articulacion coxofemoral axial unilateral |
| 13 | articulación esterno-clavicular una proyeccion |
| 14 | articulacion sacro iliaca |
| 15 | articulación sacro-ilíca ap- oblicua |
| 16 | atm boca abierta y cerrada bilateral |
| 17 | atm boca abierta y cerrada unilateral |
| 18 | base de craneo |
| 19 | biopsia guiada por rx, punción diagnóstica, por lesión |
| 20 | brazo ap-lat |
| 21 | brazos ap-lateral bilateral |
| 22 | cadera ap adulto |
| 23 | cadera ap-axial bilateral |
| 24 | cadera ap-axial unilateral |
| 25 | cadera axial bilateral |
| 26 | cadera axial unilateral |
| 27 | cadera c/ proyeccion |
| 28 | caderas ap pediatrico |
| 29 | caderas ap pediatrico 1 proyeccion especial |
| 30 | caderas ap pediatrico 2 proyecciones especiales |
| 31 | caderas ap pediatrico bilateral |
| 32 | calcaneo axial - lat. unilateral |
| 33 | calcaneo axial - lateral bilateral |
| 34 | calcaneo lateral |
| 35 | caldwell |
| 36 | cavun rinofaringeo |
| 37 | cisto-ureterografia miccional (cum)(\*) |
| 38 | clavícula ap |
| 39 | clavicula proyeccion especial |
| 40 | codo ap - lat |
| 41 | codo ap-lateral bilateral |
| 42 | colangiografía intravenosa |
| 43 | colangiografia por sonda t |
| 44 | colocación de un cateter guiada por rx, primer catéter |
| 45 | colon doble contraste |
| 46 | columna cervical ap – lat |
| 47 | columna cervical ap-lat y flexo-extension |
| 48 | columna cervical ap-lat y oblicuas |
| 49 | columna cervical ap-lat-obl y flexo-extension |
| 50 | columna cervical lat |
| 51 | columna cervico dorsal ap-lateral |
| 52 | columna dorsal ap - lat |
| 53 | columna dorsal ap-lat y dinamicas |
| 54 | columna dorsal ap-lat y oblicuas |
| 55 | columna dorso lumbar ap – lat |
| 56 | columna lumbar ap-lat |
| 57 | columna lumbosacra ap-lat |
| 58 | columna lumbosacra ap-lat y oblicuas |
| 59 | columna lumbosacra ap-lat-obl.y flexo-extension |
| 60 | columna lumbosacra ap-lat-y flexo-extension |
| 61 | columna lumbosacra flexo-extension |
| 62 | columna sacrocoxigea ap-lat |
| 63 | columna vertebral completa ap - lateral-flexiones |
| 64 | columna vertebral completa ap - obls - lateral |
| 65 | columna vertebral completa ap y lateral |
| 66 | columna vertebral completa flexiones |
| 67 | coxis ap – lat |
| 68 | coxis ap- lat. (en decubito) y lat. bipedestacion y lat. sentado |
| 69 | craneo ap – lat |
| 70 | craneo ap-lat- towne |
| 71 | cuello (partes blandas) ap-lat |
| 72 | dedos ap-lat-obli |
| 73 | defecografía |
| 74 | drenaje de colecciones |
| 75 | drenaje quiste |
| 76 | esternon ap- lat |
| 77 | femur ap-lat |
| 78 | femur ap-lateral bilateral |
| 79 | fistulografía |
| 80 | histerosalpingografia |
| 81 | hombro ap- axial bilateral |
| 82 | hombro ap- axial unilateral |
| 83 | hombro ap. |
| 84 | hombro ap.- ap verdadera |
| 85 | hombro ap.- ap verdadera. bilateral |
| 86 | hombro transtoracico |
| 87 | huesos de la cara dos proyecciones |
| 88 | huesos de la nariz ap-laterales |
| 89 | humero ap-lat |
| 90 | intestino delgado doble contraste |
| 91 | malar o maxilar superior ap |
| 92 | mano ap y oblicua bilateral |
| 93 | mano ap-lat |
| 94 | mano ap-obl unilateral |
| 95 | mano edad osea |
| 96 | mastoides bilateral |
| 97 | maxilar inferior ap.-mlo |
| 98 | medicion de miembros inferiores |
| 99 | mielografía |
| 100 | mielografía cérvico-dorso-lumbar por (pl) |
| 101 | mielografía dorso-lumbar por (pl) |
| 102 | mielografía lumbar por (pl) |
| 103 | muñeca ap.-lat |
| 104 | muñeca ap.-lat bilateral |
| 105 | muñeca proy. escafoides |
| 106 | muslo ap.-lat |
| 107 | nefrostomia percutanea |
| 108 | oidos: -chausse iii bilateral |
| 109 | oidos: schuller bilateral |
| 110 | oidos: stenvers bilateral |
| 111 | omoplato ap-lat |
| 112 | omoplato por proyeccion |
| 113 | orbita ap- lateral |
| 114 | parrilla costal |
| 115 | parrilla costal ap- lateral |
| 116 | pelvimetria obstetrica |
| 117 | pelvis ap adulto |
| 118 | pelvis ap -oblicuas bilateral adulto |
| 119 | pelvis proyeccion especial |
| 120 | pie ap – obl bilateral |
| 121 | pie ap.- lat con apoyo bilateral |
| 122 | pie ap. lat con apoyo |
| 123 | pie ap. lat sin apoyo |
| 124 | pie ap. lat sin apoyo (ambos) |
| 125 | pie ap-oblicuo sin apoyo |
| 126 | pie lateral |
| 127 | pie oblicuo |
| 128 | pie oblicuo bilateral |
| 129 | pierna ap- lateral bilateral |
| 130 | pierna ap. |
| 131 | pierna ap.-lat |
| 132 | rodilla ap-lat comparativa |
| 133 | rodilla ap-lat. |
| 134 | rodilla ap-lat-1 axial |
| 135 | rodilla, artrografía |
| 136 | rotula axial |
| 137 | rotula axial en 30° unilateral |
| 138 | rotula axial en 30° bilateral |
| 139 | rotula axial en 60º unilateral |
| 140 | rotula axial en 60º bilateral |
| 141 | rotula axial en 90º unilateral |
| 142 | rotula axial en 90º bilateral |
| 143 | sacro coxis ap-lateral |
| 144 | senos paransales |
| 145 | sialografia por glandula |
| 146 | silla turca ap-lat |
| 147 | temporal unilateral |
| 148 | test de farril |
| 149 | tobillo ap con estrés comparativa |
| 150 | tobillo ap- lateral bilateral |
| 151 | tobillo ap-lat |
| 152 | tobillo lateral |
| 153 | torax pa |
| 154 | torax ap-oblicua (torax oseo) |
| 155 | torax cada exposicion |
| 156 | torax oblicuas c/u |
| 157 | torax pa- lat |
| 158 | transito colonico con marcador |
| 159 | transito esofágico |
| 160 | transito esófago-gastro-dudenal con doble contraste |
| 161 | transito intestinal |
| 162 | transito seguido |
| 163 | uretrografía retrograda (\*) |
| 164 | urografía intravenosa |
| 165 | venografia miembro inferior derecho |
| 166 | venografia miembro inferior izquierdo |
| 167 | venografia miembro superior derecho |
| 168 | venografia miembro superior izquierdo |
| 169 | venografia miembros inferiores bilateral |
| 170 | venografia miembros superiores bilateral |
| 171 | waters |

**ESTADISTICAS DE LOS SERVICIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **EXAMENES DE RAYOS X** |  |
| **GESTION** | **CONSULTA EXTERNA** | **HOSPITALIZACION** | **TOTAL** |
| 2017 | 1305 | 62 | 1367 |
| 2018 | 1473 | 55 | 1528 |
| 2019 | 1310 | 61 | 1371 |
| 2020 | 871 | 42 | 913 |
| 2021 | 1399 | 48 | 1447 |
| 2022 | 1172 | 34 | 1206 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TOMOGRAFIAS** |  |
| **GESTION** | **CONSULTA EXTERNA** | **HOSPITALIZACION** | **TOTAL** |
| 2017 | 81 | 28 | 109 |
| 2018 | 95 | 36 | 131 |
| 2019 | 119 | 39 | 158 |
| 2020 | 152 | 26 | 178 |
| 2021 | 144 | 58 | 202 |
| 2022 | 83 | 27 | 110 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ECOGRAFIAS**  |  |
| **GESTION** | **CONSULTA EXTERNA** | **HOSPITALIZACION** | **TOTAL** |
| 2017 | 793 | 114 | 907 |
| 2018 | 984 | 76 | 1060 |
| 2019 | 1207 | 64 | 1271 |
| 2020 | 712 | 71 | 783 |
| 2021 | 1044 | 59 | 1103 |
| 2022 | 907 | 41 | 948 |

 |

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **PARTE VI****FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTEIDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS |
| **FORMULARIO 4** | EXPERIENCIA DE LA EMPRESA |
| **FORMULARIO 5** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco OR-CMA-001-2023 PROVISIÓN SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA: RAYOS X – ECOGRAFÍA – TOMOGRAFÍA, POR EVENTO – PRIMERA CONVOCATORIA**

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 qué 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), registrado ante la instancia competente.

b) Testimonio de Poder, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, registrado ante la instancia competente.

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 Poder, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos, registrado ante la instancia competente.

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

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

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

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

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

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

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

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

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

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

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

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

1. Documento que lo acredita como representante legal

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

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

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

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

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

##

|  |
| --- |
|  |
| **PARA SER LLENADO POR LA CSBP** | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** |  **OBSERVACIONES** |
| **REQUISITOS TÉCNICOS** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **PUNTAJE ASIGNADO AL PROPONENTE** | **(especificar el porqué del puntaje asignado)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO** |
| **1** | **DOCUMENTACION DEL CENTRO Y LOS PROFESIONALES** |
| 1.1. | * Número de Identificación Tributaria NIT
* Autorización de funcionamiento del SEDES

Los Profesional Medicos / Licenciados / Tecnicos que brindaran el servicio deben presentar:* Título en Provisión Nacional
* Matricular Profesional
* Título de Especialista avalado por la Sociedad Boliviana de Radiología
* Afiliado a Colegio Médico de Imagenólogos Departamental
* Afiliado al Colegio de Técnicos y Licenciados Departamental
* Experiencia de trabajo mínima de 2 años como Medico Imagenologo (adjuntar certificados de trabajo)
* Experiencia de trabajo mínima de 2 años como Licenciado o Técnico Imagenologo (adjuntar certificados de trabajo)
* Licencia Individual vigente otorgada por el IBTEN (Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear)

**Los mismos deben de ser presentados en fotocopia simple.** |
| **2** | **EQUIPAMENTO DEL SERVICIO** |
| 2.1. | **SERVICIO DE RAYOS X**El proponente debe contar con equipos de Rayos X, para la realización de estudios simples y contrastados de diversas partes del cuerpo; especificar año de fabricación del equipo, marca y modelo:Debe contar con:• Sistema de Radiografía Integra• Mesa Flotante de soporte de hasta 320 Kg• Rejilla Desmontable de protección al paciente• Colimador Manual• Impresora digital terminal |
| 2.2. | **SERVICIO DE ECOGRAFIA Y ECOGRAFIA DOPPLER**El proponente debe contar con equipos de Ecografía, para la realización de estudios simples y Doppler de diversas partes del cuerpo; especificar año de fabricación del equipo, marca y modelo Nota. - contar con transductores para ecografía general, transvaginal y partes blandas.Debe contar con las siguientes características:• Formador digital del haz de ultrasonido (digital beamformer) a fotogramas por segundo (fps, frames per second): por lo menos hasta 1000 eps. • Niveles de grises: por lo menos hasta 256. • Máxima profundidad de visualización (maximum display depth): por lo menos hasta 30 cm. • Puertos activos de conexión para transductores: por lo menos tres. • Selección de puntos focales: por lo menos ocho (08). • Capacidad de exportacion de imágenes: imágenes en formato jpeg o tiff o bmp; videos en formato avi o mpeg o wmv, optimización automática de imagen. |
| 2.3. | **SERVICIO DE TOMOGRAFIA**El proponente debe contar con equipos de Tomografía, para la realización de estudios simples y contrastados de diversas partes del cuerpo; especificar año de fabricación del equipo, marca y modelo.Debe contar con las siguientes caracteristicas:• Tomógrafo computarizado multicorte que realice 128 cortes como mínimo simultáneamente por cada revolución. • Con 64 hileras o filas de detectores como minimo• Interface Dicom 3.0 (worklist, storage (send/receive), query/retrieve, print, storage commiiment, Como minimo)• Tecnología de reducción de dosis de radiación por reconstrucción iterativa y tecnica de modulación de dosis fantomas propios del equipo para su calibración, verificación y/o control de calidad. |
| **3** | **HORARIOS DESTINADOS A LA ATENCION DE LOS PACIENTES**El proponente debe de ofertar los horarios de atención, de lunes a viernes y los días sábados hasta el mediodía.El proponente debe indicar el horario de atención a los aseguradosEn caso de emergencias el centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos, feriados, paros cívicos, etc. sin costo adicional.**El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.** |
| 4 | **AMBIENTES**El proponente debe contar con ambientes acordes para la realización del estudio, con iluminación natural y/o artificial suficientes.Los equipos deben estar ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente.* + - 1. Sala de espera con sillas y revistero
			2. Secretaria / recepcionista o plataforma de atención
			3. Área de preparación de estudio y/o vestuario en caso de los estudios especiales
			4. Baño para pacientes
			5. Contar con silla de ruedas para pacientes
			6. Contar con acceso para camilla

**El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.** |
| **5** | **BIOSEGURIDAD**El centro debe contar con todas las medidas de Bioseguridad necesarias en lo que se refiere a prevención del COVID-19 acorde a Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes (sin que esto incremente costo adicional a la CSBP).***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **6** | **CONTINUIDAD DEL SERVICIO**En caso de que el proponente por algún motivo de fuerza mayor (Desperfectos en el equipo, falta de personal, cortes de energía eléctrica, etc.) no pueda prestar el servicio requerido, contratará por cuenta propia los servicios de otro centro que preste el mismo servicio, garantizando de esta forma la continuidad del servicio. **El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.** |
| **7** | **REGISTRO DE RESULTADOS EN SOFTWARE DE LA CSBP**El centro debe registrar los resultados en el sistema médico de la CSBP, debiendo entregar los resultados impresos de los estudios realizados con sello y firma del profesional Medico Imagenologo en Policonsultorio (Calle Camacho 1025, esquina Adolfo Mier), así mismo enviar las Imágenes del o los estudios en medios Impresos físicos o digitales, según requerimiento de la CSBP, máximo dentro las 24 hrs de haber realizado el estudio.En caso de Emergencias, debe existir coordinación inmediata con el médico tratante ya sea en Policonsultorio y/o el Centro Hospitalario contratado por la CSBP, a fin de que el resultado sea conocido a la brevedad posible.**El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.** |
| **8** | **SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA**En caso de requerir que los estudios sean realizados bajo efecto anestésico o sedación, el Centro deberá proporcionar este servicio a cargo de un médico anestesiólogo sin que este incurra en un costo adicional a la CSBP.**El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.** |
| **9** | **ENTREGA DE INFORMES PARA PAGO**Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el Centro debe presentar mensualmente en fecha de corte que emita la CSBP, la factura y órdenes médicas de atención con firmas y sellos autorizados de los estudios realizados.**El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.** |
| **10** | **EQUIPAMENTO INFORMATICO**El Centro deberá contar con equipo de computación, destinados al servicio de la CSBP, con las siguientes características mínimas:* Procesador core i5 o superior
* 4 GB en RAM como mínimo
* Espacio en disco duro de 500 GB
* Windows 10 o superior
* Impresora
* Conexión a Internet mínimo 10 Mb.
* Contar con Antivirus Actualizado

**El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento** |
| **11** | **PROCEDIMIENTOS DE ATENCION**Con el objetivo de la prestación del servicio, La CSBP emitirá las ordenes de Estudio en boletas impresas, debidamente selladas y autorizadas por la CSBP para la atención a nuestros asegurados, siendo estos documentos los que autorizan al profesional para la prestación del servicio. ***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **12** | **DOTACION DE MEDICAMENTOS Y MEDIOS DE CONTRASTE**Los medicamentos y/o medios de contraste para la realización de los estudios que así ameriten el empleo de los mismos, **serán proporcionados por el Centro e incluidos en su propuesta económica.*****El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |
| **13** | **EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)**A objeto de proteger a los pacientes y a los trabajadores, el Centro deberá proporcionar equipo de protección personal en lo que se refiere a prevención del COVID-19 acorde a Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes. ***sin que este incurra en un costo adicional a la CSBP.*****El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento.** |
| **14** | **MULTAS Y SANCIONES**En caso de incumplimiento de algún ítem adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados a otro centro de similar categoría y cobrar al CENTRO la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado. De continuar la falencia se aplicará el descuento del 1% del pago de la factura del mes en curso.***El Proponente debe de manifestar su compromiso a este requerimiento*** |

 |   |  |  |
| **TOTAL:** |  |  | **RESULTADO EVALUACION TÉCNICA** |  |

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

**(Nombre completo del representante legal**

**FORMULARIO Nº 4**

**DETALLE DE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **FECHA** | **NOMBRE DEL CLIENTE** | **SERVICIO PRESTADO** | **MONTO TOTAL (Bs.)** | **DOCUMENTO QUE RESPALDA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **n** |  |  |  |  |  |

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

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

**(Nombre completo del representante legal**

**FORMULARIO N° 5**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

**SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – ECOGRAFIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR** | **COSTO UNITARIO BS** |
| 1 | Ecografía Mamaria unilateral |   |
| 2 | Ecografía Mamaria bilateral |   |
| 3 | Ecografía Transfontanelar |   |
| 4 | [Ecografía Abdominal (rastreo)](http://www.inforadiologia.org/paginas/ecoabdominal.htm) |   |
| 5 | Ecografía hepato-biliar-pancreática |   |
| 6 | Ecografía hombro-rodilla-codo |   |
| 7 | Ecografía Axilar unilateral |   |
| 8 | Ecografía Axilar bilateral |   |
| 9 | Ecografía de Extremidades superiores |  |
| 10 | Ecografía de Extremidades inferiores |  |
| 11 | Ecografía Ginecológica (pélvica y/o transvaginal) |  |
| 12 | [Ecografía Obstétrica (pélvica y/o transvaginal)](http://www.inforadiologia.org/paginas/ecoobstetrica.htm) |  |
| 13 | Ecografía Partes Blandas |  |
| 14 | Ecografía Pélvica |  |
| 15 | Ecografía Pleural |  |
| 16 | Ecografía Pleural bilateral |  |
| 17 | Ecografía Renal |  |
| 18 | Ecografía Renal Vesical |  |
| 19 | Ecografía Submaxilar unilateral |  |
| 20 | Ecografía Submaxilar bilateral |  |
| 21 | [Ecografía Testicular](http://www.inforadiologia.org/paginas/ecotesticular.htm) |  |
| 22 | Ecografía Tiroidea |  |
| 23 | Ecografía Toráxica |  |
| 24 | Ecografía Transrectal |  |
| 25 | Ecografía Prostática |  |
| 26 | Ecografía Vesico Prostática |  |
| 27 | Elastografía mamaria |  |
| 28 | Elastografía hepática |  |
| 29 | Elastografía tiroidea |  |
| 30 | Biopsia de Mama guiada por ecografía |  |
| 31 | Biopsia de Parótida guiada por ecografía |  |
| 32 | Biopsia de Tiroides guiada por ecografía |  |
| 33 | Biopsia Hepática guiada por ecografía |  |
| 34 | Biopsia Renal guiada por ecografía |  |
| 35 | Biopsia Transrectal de Próstata guiada por ecografía |  |

**SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – ECOGRAFIA DOPPLER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR** | **COSTO UNITARIO BS** |
| 1 | Abdominal |  |
| 2 | Arterial de dos miembros |  |
| 3 | Arterial de un miembro |  |
| 4 | Carotideo vertebral arterial |  |
| 5 | Carotideo vertebral venosa |  |
| 6 | Hígado |  |
| 7 | Mamaria Bilateral |  |
| 8 | Mamaria Unilateral |  |
| 9 | Pélvica |  |
| 10 | Renal unilateral |  |
| 11 | Renal bilateral |  |
| 12 | Sistema Portal |  |
| 13 | Testículos |  |
| 14 | Tiroides |  |
| 15 | Vasos subclavios bilateral |  |
| 16 | Vasos subclavios unilateral |  |
| 17 | Venosa de dos miembros |  |
| 18 | Venosa de un miembro |  |
| 19 | Venosa y arterial de dos miembros |  |
| 20 | Venosa y arterial de un miembro |  |

**SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – TOMOGRAFIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR** | **COSTO UNITARIO BS** |
| 1 | TAC de cráneo |  |
| 2 | TAC columna lumbar por segmento |  |
| 3 | TACH de cráneo |  |
| 4 | TACH pulmones |  |
| 5 | Abdomen agio TAC |  |
| 6 | Abdomen sin contraste |  |
| 7 | Abdomen –pelvis angio TAC |  |
| 8 | Abdomen – pelvis con contraste |  |
| 9 | Abdomen – pelvis sin contraste |  |
| 10 | Angio TAC renal |  |
| 11 | Angio TAC tórax |  |
| 12 | Aorta angio TAC |  |
| 13 | Arteria pulmonar angio TAC |  |
| 14 | Articulación cadera sin y con contraste |  |
| 15 | Articulación 3D cadera |  |
| 16 | Articulación 3D codo |  |
| 17 | Articulación 3D hombro |  |
| 18 | Articulación 3D mano |  |
| 19 | Articulación 3D muñeca |  |
| 20 | Articulación 3D pie |  |
| 21 | Articulación 3D rodilla |  |
| 22 | Articulación 3D tobillo |  |
| 23 | Articulación cadera con contraste |  |
| 24 | Articulación cadera sin contraste |  |
| 25 | Articulación codo con contraste |  |
| 26 | Articulación codo sin contraste |  |
| 27 | Articulación con y sin contraste |  |
| 28 | Articulación con contraste |  |
| 29 | Articulación hombro con contraste |  |
| 30 | Articulación hombro sin contraste |  |
| 31 | Articulación hombro sin y con contraste |  |
| 32 | Articulación mano con contraste |  |
| 33 | Articulación mano sin contraste |  |
| 34 | Articulación mano sin y con contraste |  |
| 35 | Articulación muñeca con contraste |  |
| 36 | Articulación muñeca sin contraste |  |
| 37 | Articulación muñeca sin y con contraste |  |
| 38 | Articulación pie con contraste |  |
| 39 | Articulación pie sin contraste |  |
| 40 | Articulación pie sin y con contraste |  |
| 41 | Articulación rodilla con contraste |  |
| 42 | Articulación rodilla sin contraste |  |
| 43 | Articulación rodilla con y sin contraste |  |
| 44 | Articulación tobillo con contraste |  |
| 45 | Articulación tobillo sin contraste |  |
| 46 | Biospsia o aspiración diagnóstica guiada por TAC |  |
| 47 | Broncoscopía virtual |  |
| 48 | Cardiotomografía (Score calcio en arterias coronarias) |  |
| 49 | Cavidades perinasales 3D |  |
| 50 | Cavidades perinasales con contraste |  |
| 51 | Cavidades perinasales sin contraste |  |
| 52 | Colocación de catéter guiada por TAC |  |
| 53 | Colonoscopía virtual |  |
| 54 | Columna vertebral completa |  |
| 55 | Columna cervical 3 vértebras |  |
| 56 | Columna cervical 4 vértebras |  |
| 57 | Columna cervical 5 vértebras |  |
| 58 | Columna cervical completa |  |
| 59 | Columna cervical sin contraste |  |
| 60 | Columna cervical con contraste |  |
| 61 | Columna dorsal sin contraste |  |
| 62 | Columna dorsal con contraste |  |
| 63 | Columna dorsal 4 vértebras con contraste |  |
| 64 | Columna dorsal 4 vértebras sin contraste |  |
| 65 | Columna dorso lumbar |  |
| 66 | Columna lumbar 4 vértebras con contraste |  |
| 67 | Columna lumbar 4 vértebras sin contraste |  |
| 68 | Columna lumbar con contraste |  |
| 69 | Cortes adicionales por nivel |  |
| 70 | Cráneo 3D |  |
| 71 | Cráneo angio TAC |  |
| 72 | Cráneo con contraste |  |
| 73 | Cráneo si contraste |  |
| 74 | Cuello angio TAC |  |
| 75 | TAC de cuello 3D con contraste |  |
| 76 | Cuello con contraste |  |
| 77 | Cuello sin contraste |  |
| 78 | Dental scan |  |
| 79 | Drenaje de abscesos y colecciones |  |
| 80 | Hueso largo antebrazo con contraste |  |
| 81 | Hueso largo antebrazo sin contraste |  |
| 82 | Hueso largo antebrazo sin y con contraste |  |
| 83 | Hueso largo brazo con contraste |  |
| 84 | Hueso largo brazo sin contraste |  |
| 85 | Hueso largo brazo con y sin contraste |  |
| 86 | Hueso largo muslo con contraste |  |
| 87 | Hueso largo muslo sin contraste |  |
| 88 | Hueso largo muslo con y sin contraste |  |
| 89 | Hueso largo pierna con contraste |  |
| 90 | Hueso largo pierna sin contraste |  |
| 91 | Hueso largo pierna con y sin contraste |  |
| 92 | Macizo facial 3D |  |
| 93 | Mandíbula 3D |  |
| 94 | Mielotomografía 3 niveles |  |
| 95 | Miembro inferior angio TAC |  |
| 96 |  Miembro superior angio TAC |  |
| 97 | Nefrostomía percutánea |  |
| 98 | Oídos con contraste |  |
| 99 | Oídos sin contraste |  |
| 100 | Órbitas 3D |  |
| 101 | Órbitas con contraste |  |
| 102 | Órbitas sin contraste |  |
| 103 | Órbitas sin y con contraste |  |
| 104 | Pelvis angio TAC |  |
| 105 | Pelvis con contraste |  |
| 106 | Pelvis con reconstrucción 3D |  |
| 107 | Pelvis sin contraste |  |
| 108 | Pielo TAC |  |
| 109 | Punción diagnóstica guiada por TAC |  |
| 110 | Silla turca sin contraste |  |
| 111 | Tobillo |  |
| 112 | Tórax con contraste |  |
| 113 | Tórax con cortes de alta resolución |  |
| 114 | Tórax sin contraste |  |
| 115 | Tórax – Abdomen con contraste |  |
| 116 | Tórax – Abdomen sin contraste |  |
| 117 | Tórax – abdomen – pelvis angio TAC |  |
| 118 | Tórax – abdomen – pelvis con contraste |  |
| 119 | Tórax – abdomen –pelvis sin contraste |  |
| 120 |  Uro TAC |  |

**SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA – RAYOS X**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR** | **COSTO UNITARIO BS** |
| 1 | abdomen ap acostado |  |
| 2 | abdomen ap de pie |  |
| 3 | abdomen de pie y acostado |  |
| 4 | abdomen lateral |  |
| 5 | agujeros opticos |  |
| 6 | antebrazo ap |  |
| 7 | antebrazo ap-lat |  |
| 8 | arco cigomatico una proyeccion |  |
| 9 | articulación acromio-clavicular una proyeccion |  |
| 10 | articulacion coxofemoral ap |  |
| 11 | articulacion coxofemoral axial bilateral |  |
| 12 | articulacion coxofemoral axial unilateral |  |
| 13 | articulación esterno-clavicular una proyeccion |  |
| 14 | articulacion sacro iliaca |  |
| 15 | articulación sacro-ilíca ap- oblicua |  |
| 16 | atm boca abierta y cerrada bilateral |  |
| 17 | atm boca abierta y cerrada unilateral |  |
| 18 | base de craneo |  |
| 19 | biopsia guiada por rx, punción diagnóstica, por lesión |  |
| 20 | brazo ap-lat |  |
| 21 | brazos ap-lateral bilateral |  |
| 22 | cadera ap adulto |  |
| 23 | cadera ap-axial bilateral |  |
| 24 | cadera ap-axial unilateral |  |
| 25 | cadera axial bilateral |  |
| 26 | cadera axial unilateral |  |
| 27 | cadera c/ proyeccion |  |
| 28 | caderas ap pediatrico |  |
| 29 | caderas ap pediatrico 1 proyeccion especial |  |
| 30 | caderas ap pediatrico 2 proyecciones especiales |  |
| 31 | caderas ap pediatrico bilateral |  |
| 32 | calcaneo axial - lat. unilateral |  |
| 33 | calcaneo axial - lateral bilateral |  |
| 34 | calcaneo lateral |  |
| 35 | caldwell |  |
| 36 | cavun rinofaringeo |  |
| 37 | cisto-ureterografia miccional (cum)(\*) |  |
| 38 | clavícula ap |  |
| 39 | clavicula proyeccion especial |  |
| 40 | codo ap - lat |  |
| 41 | codo ap-lateral bilateral |  |
| 42 | colangiografía intravenosa |  |
| 43 | colangiografia por sonda t |  |
| 44 | colocación de un cateter guiada por rx, primer catéter |  |
| 45 | colon doble contraste |  |
| 46 | columna cervical ap – lat |  |
| 47 | columna cervical ap-lat y flexo-extension |  |
| 48 | columna cervical ap-lat y oblicuas |  |
| 49 | columna cervical ap-lat-obl y flexo-extension |  |
| 50 | columna cervical lat |  |
| 51 | columna cervico dorsal ap-lateral |  |
| 52 | columna dorsal ap - lat |  |
| 53 | columna dorsal ap-lat y dinamicas |  |
| 54 | columna dorsal ap-lat y oblicuas |  |
| 55 | columna dorso lumbar ap – lat |  |
| 56 | columna lumbar ap-lat |  |
| 57 | columna lumbosacra ap-lat |  |
| 58 | columna lumbosacra ap-lat y oblicuas |  |
| 59 | columna lumbosacra ap-lat-obl.y flexo-extension |  |
| 60 | columna lumbosacra ap-lat-y flexo-extension |  |
| 61 | columna lumbosacra flexo-extension |  |
| 62 | columna sacrocoxigea ap-lat |  |
| 63 | columna vertebral completa ap - lateral-flexiones |  |
| 64 | columna vertebral completa ap - obls - lateral |  |
| 65 | columna vertebral completa ap y lateral |  |
| 66 | columna vertebral completa flexiones |  |
| 67 | coxis ap – lat |  |
| 68 | coxis ap- lat. (en decubito) y lat. bipedestacion y lat. sentado |  |
| 69 | craneo ap – lat |  |
| 70 | craneo ap-lat- towne |  |
| 71 | cuello (partes blandas) ap-lat |  |
| 72 | dedos ap-lat-obli |  |
| 73 | defecografía |  |
| 74 | drenaje de colecciones |  |
| 75 | drenaje quiste |  |
| 76 | esternon ap- lat |  |
| 77 | femur ap-lat |  |
| 78 | femur ap-lateral bilateral |  |
| 79 | fistulografía |  |
| 80 | histerosalpingografia |  |
| 81 | hombro ap- axial bilateral |  |
| 82 | hombro ap- axial unilateral |  |
| 83 | hombro ap. |  |
| 84 | hombro ap.- ap verdadera |  |
| 85 | hombro ap.- ap verdadera. bilateral |  |
| 86 | hombro transtoracico |  |
| 87 | huesos de la cara dos proyecciones |  |
| 88 | huesos de la nariz ap-laterales |  |
| 89 | humero ap-lat |  |
| 90 | intestino delgado doble contraste |  |
| 91 | malar o maxilar superior ap |  |
| 92 | mano ap y oblicua bilateral |  |
| 93 | mano ap-lat |  |
| 94 | mano ap-obl unilateral |  |
| 95 | mano edad osea |  |
| 96 | mastoides bilateral |  |
| 97 | maxilar inferior ap.-mlo |  |
| 98 | medicion de miembros inferiores |  |
| 99 | mielografía |  |
| 100 | mielografía cérvico-dorso-lumbar por (pl) |  |
| 101 | mielografía dorso-lumbar por (pl) |  |
| 102 | mielografía lumbar por (pl) |  |
| 103 | muñeca ap.-lat |  |
| 104 | muñeca ap.-lat bilateral |  |
| 105 | muñeca proy. escafoides |  |
| 106 | muslo ap.-lat |  |
| 107 | nefrostomia percutanea |  |
| 108 | oidos: -chausse iii bilateral |  |
| 109 | oidos: schuller bilateral |  |
| 110 | oidos: stenvers bilateral |  |
| 111 | omoplato ap-lat |  |
| 112 | omoplato por proyeccion |  |
| 113 | orbita ap- lateral |  |
| 114 | parrilla costal |  |
| 115 | parrilla costal ap- lateral |  |
| 116 | pelvimetria obstetrica |  |
| 117 | pelvis ap adulto |  |
| 118 | pelvis ap -oblicuas bilateral adulto |  |
| 119 | pelvis proyeccion especial |  |
| 120 | pie ap – obl bilateral |  |
| 121 | pie ap.- lat con apoyo bilateral |  |
| 122 | pie ap. lat con apoyo |  |
| 123 | pie ap. lat sin apoyo |  |
| 124 | pie ap. lat sin apoyo (ambos) |  |
| 125 | pie ap-oblicuo sin apoyo |  |
| 126 | pie lateral |  |
| 127 | pie oblicuo |  |
| 128 | pie oblicuo bilateral |  |
| 129 | pierna ap- lateral bilateral |  |
| 130 | pierna ap. |  |
| 131 | pierna ap.-lat |  |
| 132 | rodilla ap-lat comparativa |  |
| 133 | rodilla ap-lat. |  |
| 134 | rodilla ap-lat-1 axial |  |
| 135 | rodilla, artrografía |  |
| 136 | rotula axial |  |
| 137 | rotula axial en 30° unilateral |  |
| 138 | rotula axial en 30° bilateral |  |
| 139 | rotula axial en 60º unilateral |  |
| 140 | rotula axial en 60º bilateral |  |
| 141 | rotula axial en 90º unilateral |  |
| 142 | rotula axial en 90º bilateral |  |
| 143 | sacro coxis ap-lateral |  |
| 144 | senos paransales |  |
| 145 | sialografia por glandula |  |
| 146 | silla turca ap-lat |  |
| 147 | temporal unilateral |  |
| 148 | test de farril |  |
| 149 | tobillo ap con estrés comparativa |  |
| 150 | tobillo ap- lateral bilateral |  |
| 151 | tobillo ap-lat |  |
| 152 | tobillo lateral |  |
| 153 | torax pa |  |
| 154 | torax ap-oblicua (torax oseo) |  |
| 155 | torax cada exposicion |  |
| 156 | torax oblicuas c/u |  |
| 157 | torax pa- lat |  |
| 158 | transito colonico con marcador |  |
| 159 | transito esofágico |  |
| 160 | transito esófago-gastro-dudenal con doble contraste |  |
| 161 | transito intestinal |  |
| 162 | transito seguido |  |
| 163 | uretrografía retrograda (\*) |  |
| 164 | urografía intravenosa |  |
| 165 | venografia miembro inferior derecho |  |
| 166 | venografia miembro inferior izquierdo |  |
| 167 | venografia miembro superior derecho |  |
| 168 | venografia miembro superior izquierdo |  |
| 169 | venografia miembros inferiores bilateral |  |
| 170 | venografia miembros superiores bilateral |  |
| 171 | waters |  |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

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

**MODELO**

**CONTRATO DE CONTRATACION DE SERVICIOS**

**CITE: OR. CONT. REG. N° \_\_\_/2023**

Conste por el presente documento privado un Contrato de **Prestación de PROVISIÓN SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA: RAYOS X – ECOGRAFÍA – TOMOGRAFÍA, POR EVENTO** con destino a la población asegurada de la Agencia Regional Oruro de la **CSBP,** que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA. (PARTES).**

Son Partes del presente Contrato:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**, representada legalmente en la Agencia Regional Oruro, por el **Lic. Simar Wilder Soliz Alanes**, con CI No. , **Agente Regional** y el **Dr. Victor Hugo Caballero Correa,** con CI No. , **Jefe Médico**, según Poder No. 1039/2021, de 9 de septiembre de 2021, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. 093, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo del Abg. Marcelo Javier Tórres Mallea, que en adelante se denominará la **CSBP**.
	2. La empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita en el Registro de Comercio administrado por SEPREC, bajo la Matricula N° \_\_\_\_\_\_, con NIT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, representada legalmente por el señor **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con CI Nº \_\_\_\_\_\_ \_\_, en mérito al Poder Especial N° \_\_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública N° \_\_, del Distrito Judicial de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en adelante se denominará la **CONTRATADA.**
	3. A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como Partes y de manera individual como Parte.

**SEGUNDA. (ANTECEDENTES).**

2.1. En cumplimiento del Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, se ha llevado a cabo el proceso bajo la modalidad de Contrato Marco N° \_\_\_/2023 de prestación de **Servicios de Tomografía por Evento** para la Administración Regional de Santa Cruz de la **CSBP.**

2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2023, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación N° OR-CMA-I-\_\_\_-23.

2.3. Mediante Formulario de Aprobación de Gasto, el Agente Regional y el Jefe Médico, han otorgado su No Objeción del Gasto y Aprobación del Proceso, a consecuencia de lo que se ha remitido a la **CONTRATADA** la Nota de Adjudicación CITE: OR-BS-NOT-\_\_\_-2023, de \_\_ de \_\_\_ de 2023.

2.4. En atención a la instrucción de Administración Regional de \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023, registrada mediante Hoja de Ruta No. \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

El objeto del presente Contrato es establecer los términos y condiciones a que se sujetará la contratación del **PROVISIÓN SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA: RAYOS X – ECOGRAFÍA – TOMOGRAFÍA, POR EVENTO** con destino a la población asegurada de la Agencia Regional de Oruro de la **CSBP**, en adelante el “Servicio”, de acuerdo a las condiciones establecidas en las siguientes cláusulas.

**CUARTA. (CONDICIONES DEL SERVICIO).**

La **CONTRATADA** se compromete a prestar el Servicio de acuerdo a los requerimientos y condiciones debidamente detallados en el Pliego Específico de Condiciones del proceso de contratación Contrato Marco No. \_\_\_/2023 y su propuesta presentada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

**QUINTA. (PRECIO Y FORMA DE PAGO).**

El precio unitario propuesto y aceptado por las Partes para la prestación del Servicio**, por Evento**, se detalla en el siguiente cuadro:

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTUDIO** | **PRECIO Bs** |
|  |  |
|  |  |

La **CSBP** realizará el pago por la compra del Servicio de manera mensual, para lo cual la **CONTRATADA** deberá presentar (hasta cada 20 del mes posterior a la atención realizada) una solicitud de pago acompañada de la correspondiente factura, Órdenes de Servicio más los resultados y cuadro resumen de estudios realizados durante el mes, mismo que deberá contener la siguiente información.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº**  | **ASEGURADO** | **ESTUDIO REALIZADO** | **MEDICO QUE SOLICITO** | **FECHA DE REALIZACION** | **Nº DE ORDEN MEDICA** **EMITIDA DEL SAMI** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

**SEXTA. (VIGENCIA).**

El presente Contrato tendrá una vigencia de **DOS (2) AÑOS,** plazo que se computará a partir del **\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2023** hasta el **\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025**, no existiendo tácita reconducción. Las Partes, previo acuerdo y en atención a los antecedentes de la prestación del Servicio, podrán renovar el presente Contrato.

**SEPTIMA. (COORDINACION).**

La **CONTRATADA**, a través de su representante legal, se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la prestación del Servicio y la ejecución del presente Contrato.Para el efecto, se realizarán las reuniones de coordinación que se consideren convenientes a criterio de la **CSBP**, en la que participarán además de los representantes legales de la **CONTRATADA** y de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente. La **CSBP** se reserva el derecho de acreditar a la persona responsable de ejercer la supervisión del Servicio.

**OCTAVA. (RESPONSABILIDADES).**

8.1. La **CSBP** contrata los servicios de la **CONTRATADA** en atención a sus antecedentes de calidad de servicio, responsabilidad profesional, prestigio reconocido, experiencia y capacidad instalada, por lo que la **CONTRATADA** se compromete al cumplimiento del objeto del presente Contrato en óptimas condiciones de garantía y eficiencia y de acuerdo a sus reglamentos, cumpliendo con todas las condiciones de bioseguridad exigidas en normas previstas para el efecto y para el adecuado y oportuno cumplimiento del Servicio contratado, no pudiendo transferir o subrogar a terceros las obligaciones asumidas.

8.2. La **CONTRATADA** es responsable por cualquier error, omisión o mala atención que preste a los asegurados y/o beneficiarios de la **CSBP**, quienes serán atendidos conforme a procedimientos determinados, por lo que además de las sanciones previstas en el presente Contrato, asumirá la total responsabilidad de las consecuencias que estos hechos generen a la **CSBP** o a su población asegurada.

8.3. La **CONTRATADA**, además, está en la obligación de cumplir con lo previsto en la Resolución Ministerial, del Ministerio de Salud, No. 090, de 26 de febrero de 2008, que aprueba la NORMA TECNICA PARA EL EXPEDIENTE CLINICO y BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS) y otras normas del PRONACS.

8.4. La **CONTRATADA** se compromete, además, a mantener todos sus registros profesionales y de funcionamiento debidamente actualizados, obligándose a comunicar con la antelación necesaria a la **CSBP**, en caso que no pudiera revalidar alguno de ellos o se viera legal o administrativamente impedida de seguir prestando el Servicio.

**NOVENA. (MULTAS).**

La **CSBP** ante el incumplimiento de la **CONTRATADA** respecto de las obligaciones asumidas en este Contrato, aplicará una multa equivalente al tres por ciento (3%) del importe mensual a cancelar. Esta multa será deducida del pago mensual correspondiente.

**DECIMA. RESOLUCION.**

10.1. El presente Contrato podrá ser resuelto de **manera unilateral sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza**, en caso que la **CSBP** identifique errores o falencias en la prestación del Servicio contratado.

10.2. Esta resolución procederá cuando la **CONTRATADA** producto del incumplimiento de sus obligaciones, hubiese sido sancionada con la multa prevista en la cláusula precedente en **tres (3)** oportunidades. Para tal efecto, la **CSBP** comunicará a la **CONTRATADA**, en forma escrita, la determinación asumida.

10.3. Sin embargo, la resolución procederá de manera inmediata, también de manera **unilateral** y sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza ni de sancionar con multa en tres oportunidades, cuando la **CSBP**,a través de sus instancias competentes, determine que los errores y/o falencias son demasiado graves, no pudiendo éstos ser subsanados o enmendados por la **CONTRATADA**.

10.4. Por otra parte, al tratarse de prestaciones de salud, de las cuales el asegurado y beneficiarios no pueden quedar descubiertos, si la **CONTRATADA** determinase unilateralmente la resolución del Contrato, por incumplimiento de la **CSBP** a las obligaciones asumidas, deberá comunicarle esta decisión en forma escrita y con sesenta (60) días de anticipación a que dicha resolución entre en vigencia.

10.5. Asimismo, la **CSBP**, por así convenir a sus intereses, podrá decidir unilateralmente la resolución del presente Contrato, sin lugar a resarcimiento de daños, debiendo comunicar esta decisión a la **CONTRATADA** en forma escrita y con al menos sesenta (60) días de anticipación a que dicha resolución entre en vigencia.

10.6. La resolución del Contrato será aplicada sin perjuicio de exigir a la Parte responsable el resarcimiento de los daños causados y la atribución de las responsabilidades que por ley correspondan.

**DECIMO PRIMERA. (IMPOSIBILIDAD SOBREVINIENTE POR CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO).**

La **CSBP** ni la **CONTRATADA** serán responsables por el incumplimiento de sus obligaciones respectivas, en caso de eventos conceptuados como fortuitos o fuerza mayor. Se entiende por fuerza mayor al obstáculo externo, imprevisto o inevitable, que origina una fuerza extraña al hombre y que impide el cumplimiento de la obligación (ejemplo: incendio, inundaciones y otros desastres naturales). Se refuta como caso fortuito, al obstáculo interno atribuible al hombre, imprevisto o inevitable, proveniente de las condiciones mismas en que la obligación debía ser cumplida (ejemplo: conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.). Cualquier suspensión de la ejecución en estos casos, será limitada al periodo en que la causa o sus consecuencias existieren. Si la imposibilidad resultante permaneciera por más de treinta (30) días, cualquiera de las Partes podrá optar por la resolución del Contrato, quedando en este caso obligadas las Partes al cumplimiento de las obligaciones recíprocamente debidas hasta la fecha del comienzo de dicha imposibilidad.

**DECIMO SEGUNDA. (RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD).**

La **CONTRATADA** por sí, y sus dependientes, en general, se obliga a mantener la confidencialidad y reserva profesional sobre las historias clínicas y cualquier otra información de los asegurados y beneficiarios de la **CSBP**, a la que tenga acceso por razón de la prestación del Servicio. En consecuencia, la **CONTRATADA** se compromete a trasmitir dicha información única y exclusivamente a la **CSBP**, no pudiendo develar la misma a terceras personas bajo ningún concepto.

**DECIMO TERCERA. (DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO).**

Forman parte del presente Contrato: El Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, las Especificaciones Técnicas del proceso de contratación que da lugar a la suscripción del presente Contrato y la propuesta presentada por la **CONTRATADA**.

**DECIMO CUARTA. (DE LA NATURALEZA DE LA RELACION CONTRACTUAL).**

El presente Contrato es de naturaleza civil, convenido dentro del marco previsto por el Art. 732 y siguientes del Código Civil Boliviano, no existiendo por tanto relación laboral alguna entre las Partes. Se deja claramente establecido que, a objeto de garantizar la debida prestación del Servicio, la **CONTRATADA** debe dar cumplimiento atodas las obligaciones socio-laborales y de bioseguridad con su personal, a su propio costo.

**DECIMO QUINTA. (DOMICILIO).**

Las Partes, para todas las incidencias del presente Contrato, constituyen como domicilio especial, a efecto de su notificación:

* **CSBP** - Calle Adolfo Mier #1027 esquina Camacho, de la ciudad de Oruro.
* **CONTRATADA** - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de Oruro

**DECIMO SEXTA. (RESPONSABILIDAD ANTE EL SEDES).**

En cumplimiento al Instructivo CITE: ON-GG-S-007-14, de 17 de septiembre de 2014, la **CONTRATADA** ha presentado fotocopia de la Resolución Administrativa del SEDES CCEO/A.L. No. \_\_\_/20\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, por la que se renovó por el lapso de un (01) año su autorización de funcionamiento, estando a la fecha vencida, por lo que también ha presentado copia del memorial de solicitud de renovación de habilitación; por lo que se compromete a obtenerla a la brevedad posible y mantenerla vigente durante toda la vigencia del presente Contrato. En caso de no hacerlo y acontecer cualquier contingencia relacionada con aspectos certificados por el SEDES, las Partes acuerdan que la **CONTRATADA** asumirá íntegramente las responsabilidades y consecuencias que pudieran emerger al respecto, tanto frente a la **CSBP** como frente a terceros.

**DECIMO SEPTIMA. (ACEPTACION).**

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente contrato en cuatro (4) ejemplares de un mismo tenor y valor legal en la ciudad de Oruro, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil veintitrés.

|  |  |
| --- | --- |
| **DR. VICTOR HUGO CABALLERO CORREA****JEFE MEDICO REGIONAL** | **LIC. SIMAR WILDER SOLIZ ALANES****AGENTE REGIONAL** |

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

**CONTRATADA**