

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### PO-CMA-01-2022

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“ADQUISICION DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA EN LA CIUDAD DE VILLAZÓN”** |

**Potosí, abril de 2022**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO PO-CMA-01-2022**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Potosí invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA**  **EN LA CIUDAD DE VILLAZÓN – 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 C.S.B.P. |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Cumple/**N**o Cumple |
| Encargados de atender consultas: Lic. Walter Olivares Villca  Lic. Álvaro Morales Cárdenas |
| Correo electrónico: [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo) |
| Teléfono: 2-6227663 int. 7102 |

**INVITACION PUBLICA SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA**

**EN LA CIUDAD DE VILLAZÓN – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 27/04/2022 | 12:30 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:  05/05/2022 | Hasta  Hrs. 15:00 | Dirigidas a:  [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:  06/05/2022 | Hasta  Hrs. 16:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 762 9813 4469  Passcode: BY0Dg2 |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  12/05/20222 | Hasta:  Hrs. 16:00 | **Presentación Electrónica:**  [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo)  alvaro.morales@csbp.com.bo  **Presentación Física:**  Calle Periodista Nº 132 casi esquina Padilla |
| 6 | Apertura de Ofertas. | 13/05/2022 | Hasta:  Hrs. 12:00 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 780 4241 3836  Passcode: t1aKc7 |
| 7 | Resultado Del Proceso | 20/05/2022 | | SE COMUNICARÁ AL GANADOR |

(\*) 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 Nº 011/2022 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. Marco Antonio Zamudio Quispe **AGENTE REGIONAL POTOSI**  Lic. Alvaro Morales Cardenas**. CONTADOR REGIONAL POTOSI**   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Joaquín López Gerente General  Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero  Dr. Edgar Butron Gerente Médico  Para el presente proceso de contratación se designará un Comité de Contrataciones que dará la no objeción para la firma del Contrato. |
| 1. **IDIOMA** | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA** | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN** | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:   1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física. 2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío. 3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación. |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:   1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso. 2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación. 3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.   La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.  Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.  Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.  El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:   1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC. 2. Error en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N°3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**  La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario N°4 Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, para lo 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 o electrónica.  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **REGIONAL POTOSI,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**:  Calle Periodista Nº 132 casi esquina Padilla  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **CÓDIGO: PO-CMA-01-2022 ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA**  **EN LA CIUDAD DE VILLAZÓN – PRIMERA CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas 16:15 del día 12** **de Mayo 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.  **OFERTA ELECTRONICA:**  También se aceptarán las propuestas en formato electrónico, mismas que deben ser enviadas a los correos electrónicos:  [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo)  [alvaro.morales@csbp.com.bo](mailto:alvaro.morales@csbp.com.bo)  **Asunto:** **PO-CMA-01-2022 ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA**  **EN LA CIUDAD DE VILLAZÓN - PRIMERA CONVOCATORIA** |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente.  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, documentosy 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 condicioneso 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. |
| **21 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 EVALUACIÓN** | 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. **PRESENTACIÓN 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** | |
| **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA EN LA CIUDAD DE VILLAZÓN**    La CSBP requiere contratar un centro que brinde Servicios de Hospitalización, y servicio de emergencias, para todos sus asegurados de la provincia Modesto Omiste del departamento de Potosí-Bolivia, según los siguientes requerimientos mínimos:  **1.- Modalidad de contratación:**  **Convenio o** **contrato de servicios**, vale decir, a partir de la firma de contrato hasta el 31 de diciembre 2023, bajo modalidad de **“por evento”**. Lo que significa un costo específico por cada uno de los servicios requeridos y descritos en el ***formulario N° 4 (Anexo 1)***. La CSBP pagará por ellos mensualmente de acuerdo a la cantidad de eventos realizados y en base a los costos unitarios ofertados.  El proponente deberá tomar en cuenta que el costo propuesto por cada servicio, debe contemplar el COSTO TOTAL y DEFINITIVO por el equipamiento, insumos y personal involucrado en la prestación del servicio.  **2.- Bioseguridad:**  El Centro contratado deberá seguir las normas de seguridad y bioseguridad, así como de prevención y control del factor de riesgo biológico.  **3.- Supervisión por parte de la CSBP**  El centro contratado, en su relación con la Institución, estará bajo supervisión y coordinación de Agencia Regional y Jefatura Médica.  **4.- Solicitud de atención**  La atención médica, atención hospitalaria, prescripción farmacológica y los estudios de laboratorio serán solicitados por personal médico en boletas identificadas, proporcionadas por la CSBP.  **5.- Farmacia y Medicamentos**  Sobre el uso de medicamentos e insumos médicos, el proveedor dispensará todos los medicamentos prescritos por los médicos tratantes que manejan al paciente hospitalizado.  **6.- Servicios Requeridos**   * Consultorio para consulta externa * Atención por emergencia las 24 horas * Internación de 4 Camas para la CSBP. * Salas de observación para pacientes CoVid-19 sin ninguna sintomatología y sin condiciones de aislamiento domiciliario. * Sala de Aislamiento y/u hospitalización de pacientes CoVid-19 positivos por laboratorio sin complicaciones. * Pacientes con sintomatología que no requiera, UTI. * Especialidades de medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología, traumatología, oftalmología y odontología mínimamente. * Servicio de alimentación para pacientes internados. * Salas de internación, servicio de quirófano, recuperación y sala de partos, en el caso de pacientes seropositivos a Covid-19. * Servicio de ambulancia. * Servicio de ambulancia para COVID-19. * Oxigenoterapia.   **7.- Personal del Centro Hospitalario**  El Centro Hospitalario deberá contar mínimamente con Médicos de Guardia (las 24 horas del día, los 365 días del año), Auxiliares de Enfermería y personal adicional requerido, y plenamente acreditado en cuanto a formación y experiencia, para una atención adecuada de nuestros asegurados en todos los servicios requeridos por la CSBP y ofertados por el proponente. Este personal será de dependencia del Centro Hospitalario y no tendrá ninguna relación contractual de índole laboral con la CSBP. El Centro Hospitalario debe cubrir todas las cargas sociales que correspondan al personal de su dependencia, según establecen las leyes laborales. Este personal no tendrá ninguna relación de índole obrero – patronal con la CSBP.  **8.- Ubicación del Centro Hospitalario**  El Centro Hospitalario debe estar ubicado en la ciudad de Villazón, punto estratégico para la atención oportuna de los afiliados de la Provincia Modesto Omiste.  **9.- Presentación del informe mensual**  La presentación del informe, debe ser realizada hasta el penúltimo día hábil del mes de realizado el servicio, para lo cual, la entidad contratada, deberá realizar un corte administrativo contable al vigésimo quinto día del mes en curso.   * **El INFORME** debe tener el presente contenido: * Nota de cobro indicando el mes al que corresponde. * Primero ingresa como proforma, **una vez aprobado el informe** recién se emite la FACTURA (a nombre de **Caja de Salud de la Banca privada, con NIT: 1020635028).** * El Formato debe tener: * Hoja de resumen general de costos * Resumen de costos de emergencias * Hoja de costos por paciente y sus respaldos * Resumen costos de hospitalización * Resumen costos de hospitalización – ginecologia obstetricia * Hoja de costos por paciente - gineco-obstetricia * Resumen costos de hospitalización - pediatría * Hoja de costos por paciente - pediatría * Resumen costos de hospitalización – med. Interna * Hoja de costos por paciente - med. Interna * Resumen costos de hospitalización – otras especialidades * Hoja de costos por paciente - otras especialidades * Resumen de costos de estudios de gabinete por emergencia. * **Respaldos:** Cada ***hoja de costos por paciente*** debe tener como respaldo, el EXPEDIENTE CLÍNICO, firmado y sellado por los profesionales involucrados en el proceso, recetas médicas, órdenes de Gabinete, actividades de Enfermería (inyectables, curaciones, etc) de “emergencia” y de hospitalización, hojas de evolución médica, valoración pre quirúrgica, valoración anestésica, protocolo operatorio, epicrisis, consentimiento informado impreso y firmado. Todos los medicamentos e insumos, gabinetes, laboratorios, procedimientos y cualquier conducta que toma el médico tratante DEBE ESTAR REGISTRADO en la HISTORIA HOSPITAL-CLINICA del MEDICO TRATANTE. * **Forma de Presentación del Informe Mensual:** deberán de ser presentados en un Archivador de palanca, con sus respectivas CARATULAS y PESTAÑAS para cada especialidad. Solo será necesario tener dos archivadores, ya que una vez que la Caja revise y apruebe el informe, se devolverá al Seguro el archivador (con sus CARATULAS Y PESTAÑAS), para que el próximo informe venga en la misma forma.  1. ***Formulario N° 3.-* *(Propuesta técnica).*** 2. ***Formulario N° 4 (Oferta económica).*** |

**ANEXOS**

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

**FORMULARIO Nº 1**

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

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco PO-CMA-01-2022**

**ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA EN LA CIUDAD DE VILLAZÓN**

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

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

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

c) Matrícula 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.

h) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

\*Para empresas Unipersonales

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

b) Matrícula 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.

f) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

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

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

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

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

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

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

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

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

**FORMULARIO Nº 2**

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

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados

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

1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

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

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

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

1. Documento que lo acredita como representante legal

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

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

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

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

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA 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 | | |
| CARACTERÍSTICA SOLICITADA | | Característica ofertada | Cumple | | OBSERVACIONES  (especificar por qué no cumple) |
| SI | NO |  |
| LEGALES | | | | | |
| *1.* | Fotocopia Simple del Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio. |  |  |  |  |
| *2.* | Fotocopia Simple del Número de Identificación Tributaria (NIT). |  |  |  |  |
| *3.* | Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente. |  |  |  |  |
| *4* | Fotocopia de Carnet de Identidad y Poder de Representante Legal. |  |  |  |  |
| INDISPENSABLES | | | | | |
| *1.* | Consultorio para consulta externa |  |  |  |  |
| *2.* | Cuatro (4) camas en habitación compartida o individual que cuenten con baño privado |  |  |  |  |
| *3.* | Atención de emergencias médicas las 24 hrs del día, con personal calificado (médico de guardia). |  |  |  |  |
| *4.* | Especialidades de medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología, traumatología, oftalmología y odontología mínimamente. |  |  |  |  |
| *5.* | **SALA DE INTERNACIÓN PACIENTES COVID:**  con equipamiento básico:   * Mesa de examen * Oxigeno con máscaras de diferentes tamaños adultos y niños. * Carro de curaciones * Tensiómetro de pie (mercurio o aneroide de alta precisión) * Fonendoscopio – otoscopio * Negatoscopio * Balanza para niños y adultos * Nebulizador * Medicación básica de emergencia: adrenalina, bicarbonato,atropina,dopamina, suero fisiológico, equipos para vía, catéter. * Oxigeno   Disposición de desechos según norma. |  |  |  |  |
| *6.* | **SALA DE EMERGENCIA:** con equipamiento básico:   * Mesa de examen * Oxigeno con máscaras de diferentes tamaños adultos y niños. * Carro de curaciones * Tensiómetro de pie (mercurio o aneroide de alta precisión) * Fonendoscopio – otoscopio * Negatoscopio * Balanza para niños y adultos * Nebulizador * Medicación básica de emergencia: adrenalina, bicarbonato,atropina,dopamina, suero fisiológico, equipos para vía, catéter.   Disposición de desechos según norma. |  |  |  |  |
| *7.* | **SALA DE PARTOS**   Infraestructura adecuada y funcional con pisos y paredes de material lavable, iluminación, calefacción y ventilación suficientes que disponga de oxígeno y aspiración.  Equipada con:   * Mesa ginecológica, * Lámpara cialítica (móvil o fija). * Equipo de reanimación neonatal completo. * Área de atención al recién nacido, * Laringoscopio neonatal.   Aspirador (cualquier tipo). |  |  |  |  |
| *8.* | **SALA DE ESTERILIZACIÓN:** Debe contar con:  Pupinel y/o autoclave |  |  |  |  |
| 9. | **AMBIENTE DE ENFERMERÍA**   * Con sistema de comunicación y alarma al paciente. * Manejo de Kardex,   Insumos de enfermería (jeringas, gasas, algodón riñoneras, material de curación, desinfectantes de uso local yodopovidona, etc.) |  |  |  |  |
| 10. | Servicios Auxiliares: Imagenología, Laboratorios fisioterapia electrocardiograma mínimamente. |  |  |  |  |
| 11. | * Servicio de Ambulancia   Servicios de Ambulancia para Pacientes COVID |  |  |  |  |
| 12. | Oxigenoterapia. |  |  |  |  |

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANEXO 1** | | |
| **Formulario N° 3 (Propuesta económica)** | | |
| **DETALLAR ITEMS ADJUDICADOS** | **PRECIO UNITARIO Bs.** | **CANTIDAD** |
| **SERVICIOS GENERALES** |  |  |
| Consulta Pediatria |  | Evento |
| Consulta Ginecologia |  | Evento |
| Consulta Medicina General |  | Evento |
| Consulta Odontologica |  | Evento |
| Biopsias pequeñas |  | Evento |
| Biopsias medianas |  | Evento |
| Biopsias grandes |  | Evento |
| Habitación Privada p/día internación |  | Evento |
| Derecho de internación |  | Evento |
| Oxígeno p/día |  | Evento |
| Oxígeno 1/2 día |  | Evento |
| Oxígeno consumo mínimo hasta 2 hor |  | Evento |
| Derecho de Quirófano |  | Evento |
| Derecho de Sala de Partos |  | Evento |
| Circulante |  | Evento |
| Colposcopia |  | Evento |
| Crio cauterización de Ginecología |  | Evento |
| TomadePAP |  | Evento |
| Toma de muestra por punción de Ma |  | Evento |
| IVAA |  | Evento |
| Sutura 1 punto |  | Evento |
| Sutura intradérrnica pequeña |  | Evento |
| Sutura intradérmica mediana |  | Evento |
| Sutura intradérmica grande |  | Evento |
| Drenaje de hematomas subcutáneos |  | Evento |
| Abscesos subcutáneos |  | Evento |
| Quistes sebáceos |  | Evento |
| Heridas cortantes contusas |  | Evento |
| Exeresis de lipomas pequeños |  | Evento |
| Exeresis de lipomas medianos |  | Evento |
| Infiltraciones |  | Evento |
| **SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA** |  |  |
| Cirugía bucal exodoncia simple |  | Evento |
| Exodoncia Compleja |  | Evento |
| Curetaje alveolar alveolitis |  | Evento |
| Exodoncia tercer molar retenido complej |  | Evento |
| **ENDODONCIA** |  |  |
| Endodoncia uniradicular |  | Evento |
| Endodoncia biradicular |  | Evento |
| Radiografía peri apical |  | Evento |
| **OPERATORIA CURACIONES** |  |  |
| Resina simple |  | Evento |
| Resina compuesta |  | Evento |
| Resina compleja |  | Evento |
| Sellado de fosas y fisuras |  | Evento |
| **ODONTOPEDlATRIA** |  |  |
| Tratamiento de conducto endodoncia tem |  | Evento |
| Resina simple pediatría |  | Evento |
| Flourizacion ambas arcadas |  | Evento |
| Exodoncia simple pediatrica |  | Evento |
| pulpotomia |  | Evento |
| **PERIODONCIA** |  |  |
| Limpieza de sarro |  | Evento |
| Rx Periapical |  | Evento |
| **SERVICIOS DE ENFERMERÍA** |  |  |
| Inyectable intravenoso |  | Evento |
| Inyectable intramuscular |  | Evento |
| Venoclisis |  | Evento |
| Venoclisis especial |  | Evento |
| Enema evacuante |  | Evento |
| Toma de Presión |  | Evento |
| Nebulización |  | Evento |
| Nebulización fin de semana y feriados |  | Evento |
| Monitoreo Fetal |  | Evento |
| Servicio Transfusión Sanguínea |  | Evento |
| Cateter Percutáneo |  | Evento |
| Cateterismo Vesical |  | Evento |
| Lavado Gástrico |  | Evento |
| Honorarios Enfermera - CIES p/24 Hrs. |  | Evento |
| **ECOGRAFIAS** |  |  |
| Ecografia Rastreo Abdominal |  | Evento |
| Ecografia Ginecológica |  | Evento |
| Ecografia Obstétrica - Morfológica |  | Evento |
| Ecografia Renal Vesical |  | Evento |
| Ecografia Transvaginal |  | Evento |
| Ecografia de Mamas |  | Evento |
| Ecografía de Partes Blandas |  | Evento |
| Ecografia Hepatobiliar Pancreática |  | Evento |
| Ecografía Testicular |  | Evento |
| Ecografia Prostática |  | Evento |
| Ecografia Músculo Esquelética |  | Evento |
| **PROYECCIÓN RAYOS X Y LABORATORIO** |  |  |
| **CRANEO** |  |  |
| CRANEO AP |  | Evento |
| CRANEO LATERAL |  | Evento |
| HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ (AP) |  | Evento |
| HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ (LATERALES) |  | Evento |
| PROYECCIONWATERS SENOS PARASENALES |  | Evento |
| **TORAX** |  |  |
| TORAX AP-PA |  | Evento |
| TORAX LATERAL |  | Evento |
| **ABDOMEN** |  |  |
| Abdomen AP |  | Evento |
| Abdomen LATERAL |  | Evento |
| **COLUMNA** |  |  |
| Col. Cervical AP |  | Evento |
| COL. CERVICAL LAT |  | Evento |
| COL. DORSAL AP |  | Evento |
| COL. DORSAL LATERAL |  | Evento |
| COL. LUMBAR AP |  | Evento |
| COL. LUMBAR LATERAL |  | Evento |
| COL. SACROCOXIGEA AP |  | Evento |
| COL. SACROCOXIGEA LATERAL |  | Evento |
| **EXTREMIDAD SUPERIOR** |  |  |
| HOMBRO |  | Evento |
| CLAVICULA |  | Evento |
| BRAZO AP |  | Evento |
| CODO LATERAL |  | Evento |
| ANTEBRAZO AP |  | Evento |
| MUNECA LATERAL |  | Evento |
| MANO LATERAL |  | Evento |
| BRAZO LATERAL |  | Evento |
| CODOAP |  | Evento |
| ANTEBRAZO LATERA |  | Evento |
| MUNECAAP |  | Evento |
| MANOAP |  | Evento |
| **EXTREMIDAD INFERIOR** |  |  |
| PELVIS AP |  | Evento |
| FEMURAP |  | Evento |
| RODILLA LATERAL |  | Evento |
| PIERNA LATERAL |  | Evento |
| PIE LATERAL |  | Evento |
| FEMUR LATERAL |  | Evento |
| RODILLA- AP |  | Evento |
| PIERNA AP |  | Evento |
| TOBILLO AP |  | Evento |
| TOBILLO LATERAL |  | Evento |
| PIE AP |  | Evento |
| **HEMATOLOGÍA** |  |  |
| Hemograma |  | Evento |
| Hematocrito y Hemoglo |  | Evento |
| Eritrosedimentacion |  | Evento |
| Recuento de Eritrocitos |  | Evento |
| Recuento de Leucocitos |  | Evento |
| Recuento de plaquetas |  | Evento |
| Sangríaterapéutica |  | Evento |
| Grupo sanguíneo y fact |  | Evento |
| Recuento de plaquetas |  | Evento |
| Tiempo de coagulación |  | Evento |
| Tiempo de sangría |  | Evento |
| Tiempo de protrombina |  | Evento |
| I.N.R. |  | Evento |
| Ferritina |  | Evento |
| Glucosa basal |  | Evento |
| Glucosa post prandial |  | Evento |
| Hemoglobina Glicosilada |  | Evento |
| Curva de tolerancia a la glu |  | Evento |
| Urea |  | Evento |
| Nitrógeno Ureico en sangre |  | Evento |
| Creatinina |  | Evento |
| Ácido úrico |  | Evento |
| Proteínas totales |  | Evento |
| Toxoplasmosis |  | Evento |
| Hepatitis A |  | Evento |
| Hepatitis B |  | Evento |
| Hepatitis C |  | Evento |
| Helicobacter Pylori en heces |  | Evento |
| Clamidia |  | Evento |
| V.I.H. test rapido |  | Evento |
| Covid-19 prueba rápida |  | Evento |
| P.S.A. (Antígeno Protático Especifico) |  | Evento |
| Prueba de Embarazo |  | Evento |
| PSA LIBRE |  | Evento |
| PSA TOTAL |  | Evento |
| CORTISOL |  | Evento |
| ESTRADIOL |  | Evento |
| LH |  | Evento |
| FSH |  | Evento |
| PROGESTERONA |  | Evento |
| PROLACTINA |  | Evento |
| *TESTOSTERONA* |  | Evento |
| *T3* |  | Evento |
| *T4* |  | Evento |
| *T4 LIBRE* |  | Evento |
| *TSH ULTRA* |  | Evento |
| *TESTOSTERONA* |  | Evento |
| **MICROBIOLOGÍA** |  |  |
| Albumina |  | Evento |
| Globulinas |  | Evento |
| Relación A/G |  | Evento |
| Colesterol |  | Evento |
| Triglicéridos |  | Evento |
| H.D.L |  | Evento |
| L.D.L |  | Evento |
| V.L.D .L |  | Evento |
| G.O.T. |  | Evento |
| G.P.T. |  | Evento |
| Fosfatasa alcalina |  | Evento |
| Amilasa |  | Evento |
| Upasa |  | Evento |
| Bilirrubinas |  | Evento |
| **ELECTROLITOS** |  |  |
| Sodio |  | Evento |
| Potasio |  | Evento |
| Cloro |  | Evento |
| **INMUNOLOGIA** |  |  |
| A.S.T .O. |  | Evento |
| F.R. |  | Evento |
| P.C.R.(Proteína C Reactiva ) |  | Evento |
| Reacción de Widal |  | Evento |
| Sífilis VDRL/RPR |  | Evento |
| VIH |  | Evento |
| Chagas |  | Evento |
| UROCULTIVO Y ATB |  | Evento |
| COPROCULTIVO Y ATB |  | Evento |
| CULTIVO DE SECRECION VAGINAL |  | Evento |
| TINCION DE GRAM |  | Evento |
| SECRECION VAGINAL EN FRESCO |  | Evento |
| TEST DE CRISTALIZACIÓN |  | Evento |
| **COPROANALISIS** |  |  |
| Parasitológico simple |  | Evento |
| Parasitológico seriado |  | Evento |
| Test de Graham |  | Evento |
| Moco fecal |  | Evento |
| Sangre oculta en heces |  | Evento |
| Rotavirus |  | Evento |
| Tinción de Gram |  | Evento |
| **UROANALISIS** |  |  |
| Examen general de Orina |  | Evento |