**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA PROVINCIAS SUD Y NOR CHICHAS**

La CSBP requiere contratar un centro que brinde Servicios de Hospitalización, y servicio de emergencias, para todos sus asegurados de las provincias de Sur y Nor Chichas, que comprenden las localidades de Tupiza, Atocha y Cotagaita, según los siguientes requerimientos mínimos:

**1.- Objetivo:**

**Convenio o** **contrato de servicios por 1 año** , vale decir, a partir del 01 enero del 2023 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° 3 (Anexo)***. 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 Tupiza, punto estratégico para la atención oportuna de los afiliados de las provincias Sud y Nor Chichas.

# 9.- Presentación del informe mensual

# La presentación del informe, debe ser realizada hasta el último día 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 – ginecología 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.

**Documentación legal, técnica y económica requerida**

El/los proponentes deberán presentar los documentos descritos en los siguientes formularios:

1. ***Formulario N° 1 (Documentos legales).***
2. ***Formulario N° 2.-*** ***(Propuesta técnica).***
3. ***Formulario N° 3 (Oferta económica).***

|  |
| --- |
| **REQUISITOS INDISPENSABLES** |
| ACLARACION: Los siguientes requerimientos son **"Indispensables"** para la CSBP, lo que significa que, si el centro no cuenta con alguno de ellos, la propuesta será anulada. El proponente debe escribir y anotar su propuesta respaldando la misma con la documentación pertinente. Para calificar de manera apropiada algunas de las especificaciones técnicas, se coordinará con cada proponente una visita al centro para verificar por parte de la Comisión de Calificación los distintos requisitos de ambientes, equipamiento, mobiliario y otros. |

**Formulario N° 1 (Documentos legales)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **LLENADO POR EL PROPONENTE**  | **USO DE LA CSBP** |
| **CUMPLE** | **OBSERVACIONES** |
| **REQUISITOS CALIFICABLES** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** | **SI** | **NO** |  |
| * Fotocopia Simple de Estatuto Orgánico.(Si corresponde)
 |  |  |  |  |
| * Fotocopia Simple del Número de Identificación Tributaria (NIT).
 |  |  |  |  |
| * Fotocopia de Poder de Representante Legal.(Si corresponde)
 |  |  |  |  |
| * Fotocopia de C.I. Representante Legal o Propietario
 |  |  |  |  |

**Formulario N° 2 (Propuesta técnica)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **LLENADO POR EL PROPONENTE**  | **USO DE LA CSBP** |  |
| **CUMPLE** |  |
| **REQUISITOS CALIFICABLES** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** | **SI** | **NO** |  |
| * Consultorio para consulta externa
 |  |  |  |  |
| * Cuatro (4) camas en habitación compartida o individual que cuenten con baño privado
 |  |  |  |  |
| * Atención de emergencias médicas las 24 hrs del día, con personal calificado (médico de guardia).
 |  |  |  |  |
| * Especialidades de medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología, traumatología, oftalmología y odontología mínimamente.
 |  |  |  |  |
| **SALA DE INTERNACIÓN:**  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.
 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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.Monitor
 |  |  |  |
| **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. Monitor
 |  |  |  |
| **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).
 |  |  |   |
| **SALA DE ESTERILIZACIÓN:** Debe contar con: * Pupinel y/o autoclave.
 |  |   |  |
| **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.)
 |  |  |  |
| * Servicios Auxiliares: Imagenología, Laboratorios fisioterapia electrocardiograma mínimamente.
 |  |  |  |
| * Servicio de Ambulancia
* Servicios de Ambulancia para Pacientes COVID
 |  |  |  |
| * Oxigenoterapia.
 |  |  |  |

**Formulario N° 3 (Propuesta Económica)**

|  |
| --- |
| **Formulario Nº 3** |
| **PROPUESTA ECONÓMICA**  |
| **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA PROVINCIAS SUD Y NOR CHICHAS** |
|  |
| **DETALLE** | **CANTIDAD** | **PRECIO PROPUESTO** | **OBSERVACIONES** |
| **SERVICIOS GENERALES** |  |   |  |
| Consulta Pediatría  | Evento |  |  |
| Consulta Ginecología  | Evento |  |  |
| Consulta Medicina Interna | Evento |  |  |
| Consulta Cirugía | Evento |  |  |
| Consulta Traumatología | Evento |  |  |
| Consulta Oftalmología | Evento |  |  |
| Consulta Cardiología | Evento |  |  |
| Consulta urología | Evento |  |  |
| Reconsulta Especialidad | Evento |  |  |
| Consulta Medicina General | Evento |  |  |
| Reconsulta Medicina General | Evento |  |  |
| Consulta Emergencia | Evento |  |  |
| Consulta Odontológica | Evento |  |  |
| Biopsias pequeñas | Evento |  |  |
| Biopsias medianas | Evento |  |  |
| Biopsias grandes | Evento |  |  |
| **SERVICIOS DE QUIRÓFANO**  |  |  |  |
| Habitación Privada p/día internación | Evento |  |  |
| Derecho de internación | Evento |  |  |
| Oxígeno p/día | Evento |  |  |
| Oxígeno 1/2 día | Evento |  |  |
| Oxígeno consumo mínimo hasta 2 hrs. | Evento |  |  |
| Derecho de Quirófano | Evento |  |  |
| Derecho de Sala de Partos | Evento |  |  |
| Circulante | Evento |  |  |
| Colposcopia | Evento |  |  |
| Crio cauterización de Ginecología | Evento |  |  |
| Tomade PAP | Evento |  |  |
| Toma de muestra por punción de Ma | Evento |  |  |
| IVAA | Evento |  |  |
| Sutura 1 punto | Evento |  |  |
| Sutura intradérmica pequeña | Evento |  |  |
| Sutura intradérmica mediana | Evento |  |  |
| Sutura intradérmica grande | Evento |  |  |
| Curaciones pequeñas  | Evento |  |  |
| Curaciones Medianas | Evento |  |  |
| Curaciones Mayor | 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 |  |  |
| Exeresis de uña  | Evento |  |  |
| Infiltraciones | Evento |  |  |
| Cirugía Mayor Menor Mediana | Evento |  |  |
| Cirugía Mediana | Evento |  |  |
| Cirugía Menor  | Evento |  |  |
| **SERVICIOS DE AMBULANCIA** |  |  |  |
| Área Urbana  | Evento |  |  |
| Servicio de Ambulancia Tarija  | Evento |  |  |
| Servicio de Ambulancia Sucre | Evento |  |  |
| Servicio de Ambulancia Cochabamba | Evento |  |  |
| Servicio de Ambulancia La Paz | Evento |  |  |
| **SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA** |  |  |  |
| Cirugía bucal exodoncia simple | Evento |  |  |
| Exodoncia simple Unirradicular | Evento |  |  |
| Exodoncia simple Multiradicular | Evento |  |  |
| Exodoncia Compleja | Evento |  |  |
| Curetaje alveolar alveolitis | Evento |  |  |
| Exodoncia tercer molar retenido complejo | Evento |  |  |
| **ENDODONCIA** |  |  |  |
| Endodoncia unirradicular | Evento |  |  |
| Endodoncia birradicular | Evento |  |  |
| Radiografía peri apical | Evento |  |  |
| Absceso periapical  | Evento |  |  |
| Obturación de conductos en incisivos y caninos. | Evento |  |  |
| Obturación de conductos premolares  | Evento |  |  |
| Obturación de conductos en incisivos y caninos. | Evento |  |  |
| Necro pulpectomía | Evento |  |  |
| **OPERATORIA CURACIONES** |  |  |  |
| Resina simple | Evento |  |  |
| Resina compuesta | Evento |  |  |
| Resina compleja | Evento |  |  |
| Sellado de fosas y fisuras | Evento |  |  |
| Obturaciones con resina luz alógena foto curable | Evento |  |  |
| Obturaciones con resina luz alógena foto curable 2 caras | Evento |  |  |
| obstrucción con civ de restauración  | Evento |  |  |
| Topicacion con flúor | Evento |  |  |
| Obturación de conductos en incisivos y caninos | Evento |  |  |
| Obturación de conductos en premolar  | Evento |  |  |
| Obturación de conductos en multiradicular | Evento |  |  |
| Necro pulpectomía | Evento |  |  |
| Necro pulpectomía sin obturación  | Evento |  |  |
| Tratamiento de conducto multiradicular (Inicial) | Evento |  |  |
| Tratamiento de conducto multiradicular (Intermedio) | Evento |  |  |
| Tratamiento de conducto multiradicular (Concluido) | Evento |  |  |
| Tratamiento de conducto unirradicular (Inicial) | Evento |  |  |
| Tratamiento de conducto unirradicular (Intermedio) | Evento |  |  |
| Tratamiento de conducto unirradicular (Concluido ) | Evento |  |  |
| **Odontopediatría** |  |  |  |
| Tratamiento de conducto endodoncia tem | Evento |  |  |
| Resina simple pediatría | Evento |  |  |
| Fluorización ambas arcadas | Evento |  |  |
| Exodoncia simple pediátrica | Evento |  |  |
| pulpotomía | Evento |  |  |
| **PERIODONCIA** |  |  |  |
| Limpieza de sarro | Evento |  |  |
| Rx Periapical | Evento |  |  |
| **SERVICIOS DE ENFERMERÍA** |  |  |  |
| Administración vía rectal | Evento |  |  |
| Administración vía vaginal  | Evento |  |  |
| Administración vía tópica | Evento |  |  |
| Extracción Manual de Fecaloma | Evento |  |  |
| Inyectable intravenoso | Evento |  |  |
| Inyectable intramuscular | Evento |  |  |
| Inyectable Subcutánea | 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 |  |  |
| Catéter Percutáneo | Evento |  |  |
| Cateterismo Vesical | Evento |  |  |
| Lavado Gástrico | Evento |  |  |
| Honorarios Enfermera - CIES p/24 Hrs. | Evento |  |  |
| Sangría con o sin reposición  | Evento |  |  |
| Taponamiento Nasal Anterior | Evento |  |  |
| Taponamiento Nasal Posterior | Evento |  |  |
| Colocación Sonda vesical y/o cateterismo  | Evento |  |  |
| Extracción de cuerpos extraños no complicados | Evento |  |  |
| Extracción de cuerpos extraños no complicados | Evento |  |  |
| Ferulización con yeso miembro superior | Evento |  |  |
| Ferulización sin yeso miembro inferior  | Evento |  |  |
| Vendaje | Evento |  |  |
| Extracción de uñas y/o onicectomia | Evento |  |  |
| Resucitación Cardiopulmonar | Evento |  |  |
| Vaporización Y Carpa Húmeda | Evento |  |  |
| Parto Eutócico | Evento |  |  |
| Parto Eutócico Distócico | Evento |  |  |
| Legrado Uterino | Evento |  |  |
| Amniocentesis | Evento |  |  |
| **ECOGRAFÍAS** |  |  |  |
| Ecografía Rastreo Abdominal | Evento |  |  |
| Ecografía Ginecológica | Evento |  |  |
| Ecografía Obstétrica - Morfológica | Evento |  |  |
| Ecografía Renal Vesical | Evento |  |  |
| Ecografía Transvaginal | Evento |  |  |
| Ecografía de Mamas | Evento |  |  |
| Ecografía de Partes Blandas | Evento |  |  |
| Ecografía Hepatobiliar Pancreática | Evento |  |  |
| Ecografía Testicular | Evento |  |  |
| Ecografía Prostática | Evento |  |  |
| Ecografía Músculo Esquelética | Evento |  |  |
| Ecografía de Rodilla | Evento |  |  |
| Ecografía de Tiroides - Paratiroides | Evento |  |  |
| **PROYECCIÓN RAYOS X Y LABORATORIO** |  |  |  |
| **CRÁNEO** |  |  |  |
| CRÁNEO AP | Evento |  |  |
| CRÁNEO LATERAL | Evento |  |  |
| CADERA | Evento |  |  |
| CRÁNEO POSICIÓN TOWNW, WATERS | Evento |  |  |
| HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ (AP) | Evento |  |  |
| HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ (LATERALES) | Evento |  |  |
| HUESOS FACIALES | Evento |  |  |
| HUMERO  | Evento |  |  |
| MAXILAR INFERIOR | Evento |  |  |
|  PROYECCIÓN WATERS SENOS PARASENALES | Evento |  |  |
| TABIQUE NASAL  | Evento |  |  |
| **TÓRAX** |  |  |  |
| TÓRAX AP-PA | Evento |  |  |
| TÓRAX LATERAL | Evento |  |  |
| **ABDOMEN** |  |  |  |
| Abdomen AP | Evento |  |  |
| Abdomen LATERAL | Evento |  |  |
| CIEGO APÉNDICE | Evento |  |  |
| CISTOGRAFÍA (AP) (LAT.) (OBLIC) | Evento |  |  |
| COLANGIOGRAFÍA POR SONDA "T" | Evento |  |  |
| COLON POR ENEMA CONTRASTADA | Evento |  |  |
| 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. SACRO COXÍGEA AP | Evento |  |  |
| COL. SACRO COXÍGEA LATERAL | Evento |  |  |
| ESÓFAGO CONTRASTADO | Evento |  |  |
| ESTEN VER | Evento |  |  |
| GASTRO DUODENO | Evento |  |  |
| RENAL SIMPLE | Evento |  |  |
| TRANSITO INTESTINAL  | Evento |  |  |
| **EXTREMIDAD SUPERIOR** |  |  |  |
| HOMBRO | Evento |  |  |
| CLAVÍCULA | Evento |  |  |
| BRAZO AP  | Evento |  |  |
| CODO LATERAL | Evento |  |  |
| DEDOS MANO/PIE | Evento |  |  |
| ANTEBRAZO AP  | Evento |  |  |
| MUÑECA LATERAL  | Evento |  |  |
| MANO LATERAL | Evento |  |  |
| BRAZO LATERAL  | Evento |  |  |
| CODOAP | Evento |  |  |
| ANTEBRAZO LATERA  | Evento |  |  |
| MUÑECA AP | Evento |  |  |
| MANO AP | Evento |  |  |
| **EXTREMIDAD INFERIOR** |  |  |  |
| PELVIS AP | Evento |  |  |
| FÉMUR AP  | Evento |  |  |
| RODILLA LATERAL  | Evento |  |  |
| PIERNA LATERAL  | Evento |  |  |
| PIE LATERAL | Evento |  |  |
| FÉMUR LATERAL  | Evento |  |  |
| RODILLA- AP | Evento |  |  |
| PIERNA AP | Evento |  |  |
| TOBILLO AP  | Evento |  |  |
| TOBILLO LATERAL  | Evento |  |  |
| PIE AP | Evento |  |  |
| PIELOGRAFIA DESCENDENTE | Evento |  |  |
| **HEMATOLOGÍA** |  |  |  |
| Hemograma | Evento |  |  |
| Hemoclasificación | Evento |  |  |
| Hematocrito y Hemoglo | Evento |  |  |
| Eritrosedimentacion | Evento |  |  |
| Recuento de Eritrocitos | Evento |  |  |
| Recuento de Leucocitos | Evento |  |  |
| Recuento de plaquetas | Evento |  |  |
| Sangría terapéutica | Evento |  |  |
| Grupo sanguíneo y fact | Evento |  |  |
| Recuento de plaquetas | Evento |  |  |
| Tiempo de coagulación | Evento |  |  |
| Tiempo de sangría | Evento |  |  |
| Tiempo de protrombina | Evento |  |  |
| VSG (ERITRO SEIMENTACION) | Evento |  |  |
| Frotis Periférico | 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 |  |  |
| NUS | Evento |  |  |
| Nitrógeno Ureico en sangre | Evento |  |  |
| Glicemia  | Evento |  |  |
| Hemoglobina Glicosilada | Evento |  |  |
| Creatinina | Evento |  |  |
| Ácido úrico | Evento |  |  |
| Proteínas totales | Evento |  |  |
| Toxoplasmosis | Evento |  |  |
| Hepatitis A | Evento |  |  |
| Hepatitis B | Evento |  |  |
| Hepatitis C | Evento |  |  |
| Helicobacter Pylori en sangre | Evento |  |  |
| Helicobacter Pylori en heces | Evento |  |  |
| Clamidia | Evento |  |  |
| RPR - SÍFILIS | Evento |  |  |
| V.I.H. test rápido | 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 |  |  |
| *CPK TOTAL*  | Evento |  |  |
| *CPK-MB* | Evento |  |  |
| *Hidatidosis* | Evento |  |  |
| *Lactato Deshidorgenasa* | 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 |  |  |
| Fosfatasa Acida | Evento |  |  |
| Troponinas I | Evento |  |  |
| Amilasa | Evento |  |  |
| Upasa | Evento |  |  |
| Bilirrubinas | Evento |  |  |
| **ELECTROLITOS** |  |  |  |
| Sodio | Evento |  |  |
| Potasio | Evento |  |  |
| Cloro | Evento |  |  |
| Calcio | Evento |  |  |
| **INMUNOLOGÍA** |  |  |  |
| A.S.T .O. | Evento |  |  |
| F.R. | Evento |  |  |
| P.C.R.(Proteína C Reactiva ) | Evento |  |  |
| Factor Reumatoide | Evento |  |  |
| Reacción de Widal | Evento |  |  |
| Sífilis VDRL/RPR | Evento |  |  |
| VIH | Evento |  |  |
| Chagas | Evento |  |  |
| Serología Chagas HAI | Evento |  |  |
| UROCULTIVO Y ATB | Evento |  |  |
| COPROCULTIVO Y ATB | Evento |  |  |
| CULTIVO DE SECRECIÓN VAGINAL | Evento |  |  |
| TINCIÓN DE GRAM | Evento |  |  |
| SECRECIÓN VAGINAL EN FRESCO | Evento |  |  |
| Exudado Uretral | Evento |  |  |
| Hisopado Nasal Covid-19 | Evento |  |  |
| TEST DE CRISTALIZACIÓN | Evento |  |  |
| Depuración de creatina | 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 |  |  |
| Amebas en fresco  | Evento |  |  |
| Citología Fecal | Evento |  |  |
| Tinción de Gram  | Evento |  |  |
| Baciloscopia Simple | Evento |  |  |
| Baciloscopia Seriada | Evento |  |  |
| Cultivo Hisopado Faríngeo y Antibiograma | Evento |  |  |
| Cultivo y Antibiograma | Evento |  |  |
| Bacteroscopia de Flujo Vaginal | Evento |  |  |
| Bacteroscopia de Flujo Uretral | Evento |  |  |
| Examen en Mologico Directo - Simple | Evento |  |  |
| Coprocultivo y Antibiograma | Evento |  |  |
| **UROANÁLISIS** |  |  |  |
| Examen general de Orina | Evento |  |  |
| Prueba de embarazo en orina | Evento |  |  |
| Proteinuria en orina  | Evento |  |  |
| **FISIOTERAPIA** |  |  |  |
| FISIOTERAPIA | Evento |  |  |
| KINESIOLOGÍA | Evento |  |  |
| TERAPIA RESPIRATORIA | Evento |  |  |
| **OTROS ESTUDIOS** |  |  |  |
| ELECTROCARDIOGRAMA | Evento |  |  |

**PARÁMETROS DE CALIFICACIÓN.**

**Evaluación Legal y Administrativa**. - Para la verificación y evaluación de los documentos se seguirá el criterio de ***cumple no – cumple (dependiendo del tipo de empresa)***.

**Evaluación de la Propuesta Técnica**. - El procedimiento para la Calificación de la Propuesta Técnica, será el método de **cumple - no cumple.**

**Evaluación de la Propuesta Económica. –** El procedimiento para la calificación será sobré el total del costo de los servicios ofertados, siempre tomando en cuenta que el costo es **“Por evento”,** mismo que incluye: infraestructura, equipamiento, personal, herramientas, materiales e insumos utilizados.