**SERVICIO: CONSULTA EXTRENA, HOSPITALIZACIÓN Y EMEREGENCIA EN LA CIUDAD DE UYUNI**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**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).***

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

|  |
| --- |
| **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.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | **LLENADO POR EL PROPONENTE**  | **USO DE LA CSBP** |
| **CUMPLE** | **OBSERVACIONES** |
| **REQUISITOS CALIFICABLES** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** | **SI** | **NO** |
| * Matrícula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.
 |  |  |  |  |
| * 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)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARA SER LLENADO POR LA CSBP** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** | **PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP** |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES****(ESPECIFICAR POR QUÉ NO CUMPLE)** |
| **SI** | **NO** |  |
| *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:**  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. |  |  |  |  |
| *6.* | **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. |  |  |  |  |
| *7.* | **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.  |  |  |  |  |
| *8.* | **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). |  |  |  |  |
| 9. | **SALA DE ESTERILIZACIÓN:** Debe contar con: Pupinel y/o autoclave.  |  |  |  |  |
| 10. | **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.)
 |  |  |  |  |
| *11.* | * Servicios Auxiliares: Imagenología, Laboratorios, fisioterapia electrocardiograma mínimamente.
 |  |  |  |  |
| *12.* | * Servicio de Ambulancia

Servicios de Ambulancia para Pacientes COVID |  |  |  |  |
| *13.* | * Oxigenoterapia.
 |  |  |  |  |
| *14.* | **FARMACIA Y MEDICAMENTOS: E**l proveedor del servicio dispensará todos los medicamentos prescritos por los médicos tratantes que manejan al paciente. |  |  |  |  |
| *15.* | **BIOSEGURIDAD:** El Proveedor del serviciodeberá seguir las normas de seguridad y bioseguridad, así como de prevención y control del factor de riesgo biológico. |  |  |  |  |
| *16.* | **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.  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# *PRESENTACIÓN DEL INFORME DE SERVICIOS PRESTADOS (MENSUAL)*

# La presentación del informe, debe ser realizada y presentado a la CSBP hasta el vigésimo octavo día de cada 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 contener:

* Nota de cobro indicando el mes al que corresponde y monto total del servicio.
* Inicialmente, el informe ingresa como proforma, **una vez aprobado el mismo,** el proveedor emite la FACTURA (a nombre de **Caja de Salud 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, registrado en el SAMI (Sistema de Administración Médico Integrado) de propiedad de la CSBP y/o fotocopia legalizada de ese expediente 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 manera ordenada, con sus respectivas CARATULAS y PESTAÑAS para cada especialidad.

# *MANEJO DEL SISTEMA INFORMÁTICO DE LA CSBP (SAMI)*

**Se considera obligatorio** para el personal médico y de Enfermería el registro de las atenciones en el sistema SAMI.

La **CSBP** proporcionará la conexión VPN y configuración remota para el manejo del sistema medico integrado SAMI, para ello el HOSPITAL/CLINICA proponente deberá tener conexión a internet CORPORATIVO con un mínimo de 20MBPS.

Además, debe contar con **DOS (2)** **o más equipos de computación** que tenga como mínimo las siguientes características: procesador Core I5, memoria RAM de 8GB y sistema operativo Windows 10 pro de 64 BITS:

La cancelación se realizará solamente si toda la información correspondiente al expediente clínico, está incluida en el SISTEMA SAMI.

Todo el personal Técnico - médico y personal de enfermería que realiza las atenciones a los asegurados, recibirá capacitación para el uso del sistema informático SAMI (Sistema de Administración Médico Integrado) de propiedad de la CSBP y que será instalado en el Centro adjudicado, para que se efectúe el registro de toda la información concerniente a las prestaciones médicas en las Historias Clínicas computarizadas.